

# 彦根市における出産環境の現状と課題

## 地域共同需要の充足のための制度設計にむけて

金 森 京 子<sup>†</sup>  
 只 友 景 士<sup>‡</sup>  
 中 野 桂<sup>‡</sup>  
 吉 川 英 治<sup>‡\*</sup>

### I . はじめに

近年、全国的に地域医療の崩壊が問題となっているが、とりわけ産科医療体制の崩壊は深刻な状況となっている。滋賀県彦根市においても、湖東医療圏の中核病院である彦根市立病院が、2007年3月20日をもって分娩の取り扱いを中止したため、緊急搬送への対応なども含め、その出産環境は深刻な問題を抱えている。

地域医療崩壊の原因は、一般には医師不足にあると言われるが、より厳密には医師が偏在していることがその理由の一つである。医師の偏在は従来からもあったが、2004年4月に医師の新しい臨床研修制度が導入されたことで、指定研修病院の中から自由に研修先が選べることになり、研修医の都市部への集中が起こり、医師の偏在はより顕著になった。これに加えて産婦人科医師については、激務であること、訴訟リスクが高いこと、女性医師・高齢医師の比率が高く実働数が低下していることなどにより減少傾向にあるとされる<sup>1)</sup>。全国的には出生数が減少しているので、出生数当たりの平均産婦人科医師数は横ばい

\* †滋賀県立大学人間看護学部。‡滋賀大学経済学部。著者は氏名の五十音順に記した。論文に関する問い合わせについては、吉川(yosikawa@biwako.shiga-u.ac.jp)まで。また、論文執筆に関わる資料の収集や聞き取りに対応してくださった滋賀県議会・彦根市議会・彦根市役所の関係者の方々、貴重な学習機会をつくっていただいた「安心なお産を願う会」（代表高居涼佳氏）の方々、海外の動向等について文献をご教示いただいた上田市産院の廣瀬健氏に、感謝いたします。

1) 厚生労働省、「医師の需給に関する検討会報告書」(2006年7月), 8~9ページ。

で推移しているものの、地域によっては大幅に産婦人科医師が不足し、そのため労働が過重となり、さらに産婦人科医師へのなり手を減らす、という悪循環を生み出していると考えられる。

しかし本稿では、総量としての産婦人科医師不足を中心とする上述の諸要因も重要ではあるが、この問題の本質的な原因はより広く、お産をめぐるニーズに対する供給システムの調整の失敗にあると考える。

本論文の構成は以下のとおりである。第 節では、彦根市の置かれている状況について述べる。第 節では、こうした現状に対して、これまで彦根市ならびに滋賀県でどのような施策がとられてきたのかについて整理をする。第 節では、お産に関わる生存基盤サービスの地域共同需要に対する供給システムのあり方について、その分析的論点をまとめる。さらに、その分析的観点から、彦根市の出産環境の抱える問題点とそれに対する施策についての評価を試みる。最後に第 節では、市民社会の民主主義システムにおける政策的判断の基礎をなす行政情報のあり方、専門的知識を「市民社会の共通知」へと変換していくワークショップの役割についてふれる。

## Ⅱ．彦根市の現状

彦根市の面積は98.15平方キロメートル、人口は111,353人、世帯数42,118世帯（2007年10月末現在）であり、湖東地域（琵琶湖の東岸）に属する自治体である。2005年の人口動態統計によれば、彦根保健所管内の出生数は1,366人である。

彦根市立病院は、湖東保健医療圏（滋賀県の機関である彦根保健所の管轄圏で、彦根市、犬上郡の豊郷町、甲良町、多賀町の3町、愛知郡愛荘町の1町を含む）の中核を担い、年間500以上の分娩を取り扱ってきたが、産婦人科の医師不足を理由に2007年3月20日をもって分娩の取り扱いを中止した。これにより湖東地域で出産可能な医療施設は、民間の1診療所のみとなり、出産場所の著しい減少に直面している<sup>2)</sup>。また同病院の第二次医療機関としての役割を

2) 本論文の執筆時点（2007年12月）で、この他に民間の助産院が1件あるが、無床施設で

考えれば、ハイリスク出産や異常分娩の緊急時に対応する医療機関も失われたことを意味する。

こうした事態に対し、2007年1月に「彦根市立病院での安心なお産を願う会」が市民を中心に発足、2月から3月にかけて彦根市や滋賀県に対して、5万筆を越える署名を添えて、彦根市立病院産婦人科が従前の機能を存続させ、安心して通院・出産できる病院になるように要望をした。

出産場所をどう確保するか、同病院が産科医を確保して第二次医療機関としての機能を回復できるまでの緊急時の対応をどうするかなど、現在の彦根市の出産環境は深刻な問題を抱えている。

滋賀県全域をみると、大津市や草津市を中心とする県南部地域と比べると、湖西、湖東、湖北地域には分娩取り扱い医療機関は少なく、第二次医療を担う病院も少ない。もともとこうした傾向があるにもかかわらず、近年これらの地域で相次いで、第二次医療を担ってきた公立病院あるいは総合病院が、産科医不足により分娩の中止に追い込まれてきた。湖西地域の中核病院である公立高島総合病院は、2006年4月から一時分娩の取り扱いを停止していた<sup>3)</sup>。また彦根市立病院に続いて、近江八幡市立総合医療センターが2008年1月より分娩の取り扱いを中止する予定である<sup>4)</sup>。

滋賀県の周産期医療対策は、国の「次世代育成支援対策推進法」(2003年)をふまえて2004年に策定された、次世代育成支援行動計画「子どもの世紀しがプラン」に基づく。その目的は、安心して子どもを産み、健やかに育てることができるよう、妊娠・出産・新生児・乳幼児期を通じ、母子の心身の健康の確保を図るための取り組みを推進していくことにある<sup>5)</sup>。その中心となる周産期医療体制については2005年3月に計画が実施され始めた。

厚生労働省は、「周産期医療対策整備事業の実施について」(1996年5月10日

あり、出産の取り扱い件数は少ない。なお、後述するように、彦根市立病院では2008年2月より院内助産院の開設を予定している。

3) 2007年4月に産婦人科医師1名が着任し、5月から分娩を再開した。

4) 救急搬送の場合は可能な範囲で対応すると発表されている。

5) <http://www.pref.shiga.jp/e/kenko-t/syusanki/index.html> を参照。

児発第488号)に基づき、「総合周産期母子医療センター」<sup>6)</sup>と「地域周産期母子医療センター」<sup>7)</sup>を設置することを推進してきたが、これに従って滋賀県は大津赤十字病院<sup>8)</sup>を「総合周産期母子医療センター」に、近江八幡市立総合医療センターと長浜赤十字病院を「地域周産期母子医療センター」に指定した。これら以外に、高度専門医療と人材育成、研修を担う滋賀医科大学医学部附属病院を「周産期協力支援施設」として位置づけ、7カ所の総合病院(大津市民病院、草津総合病院、済生会滋賀県病院、公立甲賀病院、日野記念病院、市立長浜病院、彦根市立病院、公立高島総合病院)を「周産期協力病院」に含めて、周産期医療体制の枠組みが編成された。

こうしてみると、「地域周産期母子医療センター」として指定を受けた医療機関と「周産期協力病院」の2つの医療機関が分娩の中止に追い込まれたということになる。また現在分娩を取り扱っている医療機関でも、常勤医が少ないところが多く<sup>9)</sup>、いつ分娩中止という事態に直面するかわからないというリスクを抱えている。したがって、湖東地域の中核都市である彦根市が直面している事態は、県全域においても大きな痛手であると同時に、これからも起きるかもしれない危機の典型的事例なのである。そういう意味で、彦根市の現状にど

6) 相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠高血圧症候群、切迫早産、胎児異常等母体または児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる医療施設。2006年12月現在、全国39都道府県62施設。

7) 産科及び小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設。2006年4月現在、全国31都道府県207施設。

8) 滋賀県の周産期医療の要を担う医療施設の設立を趣旨に、産婦人科病棟内にPICU(周産期集中治療室)6床、小児科病棟内にNICU(新生児集中治療室)6床、GCU(新生児回復室)18床で始まった。(小笹宏、「滋賀県総合周産期母子医療センターの現状」、『滋賀母性衛生学会誌』、2007年、5ページ。)

9) 『全国周産期医療データベースに関する実態調査』(2005年11月22日)によると、滋賀県は分娩取り扱い施設の常勤医が平均2名以下のワースト県に含まれている。また、2007年12月21日に厚生労働省が発表した『平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査』によれば、15-49歳の女性10万人あたりの産婦人科・産科従事医師数は、全国平均が38.7人であるのに対し、滋賀県は26.8人であり、搬送妊婦死産問題が2007年8月に発生した奈良県の31.9人を下回るものになっている。これについての統計表は <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/xls/toukeihyo.xls> より入手可能。

のような対応をとるかは、今後の周産期医療体制のあり方を大きく左右すると言えるだろう。

なお、総務省行政評価局が行った小児医療に関する調査によると、2005年の滋賀県の乳児死亡率および新生児死亡率（出生千人あたりの死亡数）は3.5と2.1であり、いずれも国全体の死亡率（2.8と1.4）を上回り、全国で最も高い値を示している<sup>10)</sup>。

### Ⅲ．これまでの施策

上述のような出産環境をめぐる深刻な問題に対応するため、2007年1月に湖東地域医療対策協議会が設置された。そこでの議論をふまえて、彦根市はいくつかの施策を実施してきた。ここではまず同協議会についてまとめ、市立病院の産婦人科医師確保に向けた施策、緊急時の搬送体制、民間診療所に対する補助金の交付、市立病院での院内助産院の開設に絞って検討する。なお、滋賀県の施策については、彦根市の各施策との関連で必要に応じて言及する。

#### （1）湖東地域医療対策協議会

同協議会の設置目的は、湖東保健医療圏の中核病院である彦根市立病院における産婦人科医師の確保を中心に、出産環境の改善に向けた具体的な取り組みを協議することにある。委員は、同圏域内の市立および民間立の病院長、医師会の代表者、産科を扱う民間診療所長、県立大学人間看護学部の教授、市民代表、滋賀県の担当課長、彦根保健所長、管内の1市4町の行政担当部・課長、管内の消防長、を含む21名で構成され、彦根市副市長が会長を務める。

設置主体については、「彦根市が中心となって」という表現のとおり<sup>11)</sup>、湖東医療圏を管轄する彦根保健所（滋賀県）であったのか、中核病院をもつ彦根市であったのか、実際には曖昧である。協議の主たる論点が彦根市立病院にお

10) 総務省、「小児医療に関する行政評価・監視結果報告書」（2007年9月）。これについては、[http://www.soumu.go.jp/s-news/2007/070912\\_2\\_3.html](http://www.soumu.go.jp/s-news/2007/070912_2_3.html) を参照。

11) 彦根市議会2月定例会（第2号、2007年3月5日）の病院事務局長の答弁など。

ける産婦人科医師の確保にあったから、彦根市が積極的に動いたと推測される。しかし、湖東地域の出産環境の問題であるから、滋賀県健康福祉部の出先機関として湖東地域を管轄する彦根保健所が責任を負うべきだという見方もできる。また彦根市の病院の話だとはいえ、実質的には周辺4町も無関係とは言えない事情がある。

同協議会は、2月6日、2月27日、そして5月14日の3回にわたり公開形式で開催され、市立病院における産婦人科医師確保に向けた取り組み、滋賀県への要請、国への要望、医師確保・離職防止のための市立病院の職場環境の改善、周産期医療に関する地域住民の理解を促す啓発活動・保健指導の充実などが取りまとめられた<sup>12)</sup>。

なお、彦根市によると、当初の設置目的、つまり湖東地域の中核病院である彦根市立病院における常勤産婦人科医師の確保が達成できていないので、同協議会は解散せず今後も存続させるとしているが、実際にはそれ以降本論文の執筆時点(2007年12月)に至るまで一度も開催されていない。

## (2) 彦根市立病院の産婦人科医師の確保のための施策

市議会での答弁や協議会の会議録および「湖東保健医療圏における産婦人科等医療体制の整備方策について(まとめ(案))」(以下では「まとめ」と略記)などを参照して、医師確保のための諸施策を整理しよう。

まず大学病院等への産婦人科医師の派遣要請が行われている。彦根市立病院による要請とともに、協議会として3月から5月にかけて、滋賀医科大学および京都大学に対して「産婦人科医派遣に関する要望書」が提出された。これに引き続き、近畿圏の私立大学、東海地方の国立大学などに対しても、様々な人脈を活用して派遣要請を行うことが確認されている。

また医師確保に向けた広報活動として、ウェブ・サイトによる公募、新聞

12) 彦根市議会6月定例会(第8号,2007年6月11日)の副市長の答弁,同協議会の「湖東保健医療圏における産婦人科等医療体制の整備方策について(まとめ(案))」(2007年5月14日)による。

掲載、折り込み広告の活用など、多様な情報媒体を活用して医師確保対策を推進していることが窺える。

さらに、医師確保ならびに離職防止を目的に、市立病院の職場環境の改善が位置づけられている。具体的には、長時間勤務が余儀なくされる勤務医の過重労働を緩和するため、フレックスタイムの導入など、弾力的な勤務体系を整備すること、産婦人科医師を中心に、訴訟のリスクを背負い、苦情対応に追われる現状を考慮し、苦情処理に対するバックアップ体制を整備すること、勤務医の給与体系を抜本的に見直し、業務に見合う処遇改善や手当の新設を検討し、勤務医の志気が上がる待遇改善を行うこと、定年退職医師の再雇用や代替職員の雇用など、幅広く多様な雇用形態を検討し、現職の勤務条件を改善すること、が列挙されている<sup>13)</sup>。

しかし、市としての単独の施策にも限界があるためか、他方で上位の行政組織への要請・要望も施策として位置づけられている。滋賀県については、3月23日に県知事に対し、湖東保健医療圏における「地域医療の確立とりわけ産婦人科医師確保に関する要望書」が提出されている。そして引き続き、「周産期医療体制整備関連予算に基づく諸事業」の展開によって、産婦人科医師確保の環境促進、関係予算の重点配分を要請していくことが確認されている。

国への要望および政策提言については、若手医師の地方病院勤務や特定の診療科における医師確保対策について、国へ要望することを求める議案が近畿市長会に提出されている。国・政府でなければできない政策、制度および法制に関連する課題として、診療報酬改定による誘導、現在議論されている無過失保障制度の早期創設、医療事故に対応できるような第三者機関の設置を挙げ、これらについて積極的に提案していくとある。

なお、以上の彦根市の施策との関連で、滋賀県の医師確保に向けた施策にもふれておこう。滋賀県は、県内の病院で内科、精神科、小児科、産科をはじめ

13)以上3点の医師確保対策については、2007年6月以降本論文の執筆時点(12月)までに、具体的に何がどこまで実施されてきたのかは不明である。なお、彦根市の2007年度当初予算には、産婦人科医師確保対策に関連する新規項目として、着任支度金や待機手当等が挙がっている。

とした診療科が医師不足であることを受けて<sup>14)</sup>、2007年4月、健康福祉部医務薬務課内に「医師確保支援センター」を設置し、退職医師1名、事務職員1名を配置して、県内の医療関係団体などの協力を得る形でプロジェクトチームを編成した。同センターは、県の医師確保総合対策事業の実施拠点であり、県内における医師確保を支援するために、病院や医学系大学等の関係機関から情報を収集し、県内医療機関へ情報を提供するとともに、出産や育児のため退職した女性医師、県内出身の医師など、全国的な視野で人材発掘を行う。

同センターはホームページを利用し、2007年度滋賀県医師確保総合対策事業にかかる県職員医師2名(産科医1名、小児科医1名)の募集、女性医師臨床復帰研修の募集、医学生修学資金および臨床研修医・専門研修医資金希望者10名(医学生3名、臨床研修生3名、専門研修医4名)の募集を行った。たとえば県職員医師の募集では、任期つきで産科医・小児科医を募集しており、採用されると県が指定する県内の公立、公的病院で2年間勤務することになる。また勤務先からの給与以外に、県から「地域医療研究資金」として1人500万円が貸与され、2年間勤めれば返還が免除となる。県は職員として本年度中の採用を予定し応募の呼びかけを行ったが、締め切りの8月31日までに応募がなく、募集期間は延長・再延長されている。

### (3) 緊急時の搬送体制

緊急時の搬送については、30分以内に搬送できる範囲として、長浜赤十字病院、市立長浜病院および近江八幡市立総合医療センターに、より高度な救急医療については滋賀医科大学に受け入れ要請がなされている。また彦根市消防本部、愛知郡広域行政組合消防本部とも協議がなされ、専門的なアドバイスが必要な場合には、彦根市立病院の助産師等の協力を得て対応する体制が整備されているようである<sup>15)</sup>。

14) 滋賀県議会厚生・産業常任委員会(2007年1月23日)における健康福祉部医務薬務課資料、「医師確保対策にかかる実態調査報告」(2006年8月1日実施)より。

15) 2007年6月定例会(第8号、6月11日)および2007年9月定例会(第14号、9月11日)での副市長の答弁などによる。



#### (4) 民間診療所に対する補助金の交付

彦根市は、協議会の第3回目(2007年5月14日)の会合において、市内で分娩を取り扱う産婦人科施設を開業する民間診療所に対して補助金を交付する制度を、5月1日付けで創設したことを明らかにした<sup>16)</sup>。

補助対象経費は、本体工事費、その他工事費(解体撤去や仮設施設)、設計監理費、医療機器・備品購入費の4項目である。本体工事費の補助基準額は基本単価14万9,200円に延べ床面積を乗じた額、また医療機器・備品購入費の場合は1件10万円以上の機器・備品の総額である。補助率はいずれも2分の1であり、医療機器・備品購入費は限度額が1,000万円となっている。

彦根市は、市内で唯一分娩可能な産婦人科クリニックを運営する医療法人からの申請を受理し、同法人に対する補助金交付を審議すること、またこれで当初の目的が達成されることから今後の申請を受け付けないことを、5月24日に発表した。

各種の新聞報道および議会議事録などを参照すると、同法人による分娩可能な産科診療所は彦根市八坂町に開設予定で、敷地面積は4,350平方メートル、鉄骨2階建て延べ床面積1,402平方メートルで、19床が設置される。総事業費は約5億1,000万円で、開院は2008年7月の予定となっている。

この補助金交付については、彦根市議会6月定例会に上程された議案第46号の一般会計の補正予算案のなかに、「産科医療施設整備費補助」として含まれている。議会で承認されたのは、今年度の歳出7,601万8千円と、来年度に予定される歳出に関わる債務負担行為補正として4,258万円、合計1億1,859万8千円である。

この歳出は、「彦根市福祉・保健・医療基金」の取り崩しによって賄われる。同基金は1974年7月に設置されたもので、福祉事業の援護費、福祉施設・保健施設・医療施設の整備費、およびその他の福祉事業費に限って充当される<sup>17)</sup>。

16)「彦根市産婦人科医療施設整備費補助金交付要綱」(彦根市告示122号)。

17)「彦根市福祉・保健・医療基金の設置、監理および処分に関する条例」(昭和49年7月1日条例第43号)。

これは経常的な歳出以外に緊急に必要となった場合に支出されるもので、あくまでも一般会計への繰入であり、充当される事業も特定化されなければならない。原資は一般会計の積立金によるが、近年は財政事情が厳しいので基金残高からの利子収入に依存している。なお、市の『平成18年度一般会計歳入歳出決算書』によれば、同基金の2006年度末残高は、14億2,814万5,680円となっている。

#### (5) 院内助産院の開設

院内助産院とは、明確な定義やコンセンサスがないうまま産科医療従事者を中心に使われているのが現状のようであるが<sup>18)</sup>、助産師が中心となり、正常に経過している妊婦の出産を助ける病院内の施設を意味する。

2007年1月に市立病院での分娩の取り扱い中止が発表された際に、先進事例の視察等をふまえて、院内助産院での対応を検討することが明らかにされていた。彦根市議会の2月、6月、9月の各定例会の議事録をみると、先進事例として、神戸市、和歌山県、宮城県の医療機関の視察が実施され、常勤医師が1名の現状ではリスクに対応できないので開設は不可能だという判断が示されてきたことがわかる。

しかし、2007年12月3日、4日の報道によると、彦根市は突然来年2月に市立病院に院内助産院を開設することを発表した<sup>19)</sup>。それは、助産師15人、常勤と非常勤の産婦人科医師各1人で構成され、出産経験があり、過去の分娩時に異常がなかった妊婦を対象として、自然分娩を取り扱うというものである。彦根市によれば、非常勤医師を確保できたので開設に踏み切ったということである。

18) 日本看護協会助産師職能委員会、『病院・診療所における助産師の働き方(2006)』による。医療法がいう助産施設は、病院、診療所、「助産所」の三種類で、医療法第3条の3では「紛らわしい名称」の設定を禁止しているため、院内助産院という名称は同条項に抵触するとも言われている。ちなみに「助産院」の名称については、昭和26年10月31日付けの旧厚生省医務局長通知により、助産所の名称として使用することは差し支えないという判断が示されている。

19) 京都新聞12月3日21時29分配信、産経新聞12月4日7時50分配信のウェブ・ニュースなど。

ある。

なお、これに関連して滋賀県の施策にふれておこう。県は2007年度当初予算において、新規事業計画として「院内助産所モデル事業」に200万円を計上している<sup>20)</sup>。この事業の目的は、助産師の活用により産科医の軽減負担を図ること、県民に多種多様な出産環境の選択肢を提供すること、医療機関としての安全性と助産所としての家庭的ケアの双方のメリットを実現すること、にある。事業内容は、院内助産所を設置する病院内において、院内助産所・助産師外来の体制作りのためのモデル事業検討委員会を設置・開催することであり、そのための経費や先進的取り組みを行っている他の病院の視察に要する経費を補助するものであって、県の事業委託である。補助の内訳は1病院に100万円、採択件数は2件である。

実際にこの事業は6月1日に、県下の産科施設を有する15の総合病院を対象に公募されたが、応募件数は4件で、大津市民病院ならびに市立長浜病院の2施設が採択された。選定外となった大津赤十字病院と滋賀医科大学医学部附属病院については、独自で実施する予定である。

この事業に対する条件(医師や助産師数、設備等)は一切無く、県としては、特に問題となっている彦根市立病院、近江八幡市立総合医療センター、公立高島総合病院からの応募を期待していたようであるが、これらの医療施設からの応募はなかったということである。

#### Ⅳ．分析的論点

安心してお産をする場所がない。これは、最も基本的な生存基盤サービスの「地域共同需要」がまともに充足されていないという問題である。アマルティア・センの福祉に対するアプローチに従えば、「基本的潜在能力の欠如による貧困」という事態である<sup>21)</sup>。

地域共同需要とは、地域における産業活動や商業活動の基盤として必要とさ

20)「滋賀県中期計画体系に沿った平成19年度の主な事業」, 10ページ。

21) たとえば、アマルティア・セン著、『自由と経済開発』, 日本経済新聞社, 2000年。

れる財・サービスへの需要と、地域住民の社会的共同消費に関する需要とを含む。後者は、人々が生存や暮らしを維持したり、生活の質を向上させたりするために必要とされるものであり、具体的には医療や福祉などの基本的な生存基盤サービス、教育や交通などを含む。他方、地域共同需要に対応する供給システムにおいては、政府・公共部門、特に地方自治体が重要な役割を担う。それは、直接的な公的供給や保険制度の運営だけでなく、民間供給主体のモニタリングや市場メカニズムの調整など、供給システム全般への様々なコミットメントを含むだろう。

経済社会を取り巻く環境が大きく変化するなかで、「小さな政府」をめざした市場主義改革が進み、ポスト福祉国家なるものが模索されるわが国において、こうした地域共同需要、なかでも社会的共同消費に関する需要は、円滑に充足されているとは言い難い。このことは、医療という生存基盤サービスにおいて顕著である。地方の市町村では種々の診療科において医師不足が問題となっている。そして本稿で見てきたように、なかでも産科は深刻な状況にあり、分娩の休止、産科の閉鎖、ハイリスク対応のネットワークの喪失によって、「子どもを生む場所がない」「安心してお産ができない」という事態に及んでいる。どうしてこのような現代的貧困が起きてくるのだろうか。

本稿は彦根市の事例を焦点に調査研究をしてきた暫定的報告に過ぎないが、今後の課題として分析的論点をまとめておきたい。第 節でも述べたように、一般には産科医療問題の原因は医師不足・医師の偏在にあると言われるが、本稿では、この問題の本質的な原因が「お産をめぐるニーズに対する供給システムの調整の失敗」にあると考える。またこうした視点から、彦根市の出産環境の抱える問題点とそれに対する施策についての評価を試みたい。

#### (1) お産をめぐるニーズの特性

お産をめぐるニーズは継続的かつ包括的な性格を持つものである<sup>22)</sup>。それ

22) たとえば以下の文献から推察される。金森京子、高山恵美子、古川洋子、伊藤尚美、『滋賀県における妊娠・分娩・産褥の看護援助に関する研究(平成16-17年度)』(財)滋賀県

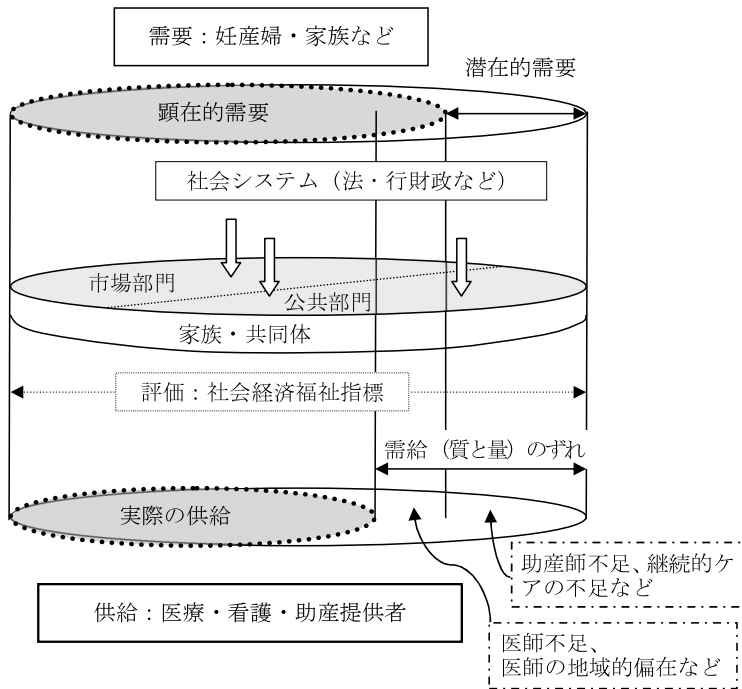
は、妊娠から出産に至るケアだけでなく、新生児の健康管理や育児の方法、産後の女性自身の体調管理などを含む。またそれは、需要者自身すら気がついていない潜在的な場合もある。たとえば助産所や自宅での自然分娩に対する欲求が、第1子を病院で出産した後に、事後的に顕在化する例が少なくない。つまり、こうしたニーズは関連サービスの需要を通じた経験や学習によって変化し、多様化する可能性がある。

第 節で述べた「彦根市立病院での安心なお産を願う会」は、2007年1月に発足したが、署名・嘆願活動が一段落した段階で、同年4月より「安心なお産を願う会」と改名をしている。その背景には、彦根市立病院の問題が彦根市特有の問題ではなく、全国的な産科医不足、助産師不足という構造的な要因を背景にしていること、単に市立病院での出産の取り扱いが再開されればよいということではなく、助産師の活用なども含め、第一次医療施設と第二次医療施設との連携が構築される必要があること、などが会の活動の過程において意識されるようになったからである。こうした動きは、ここで指摘していることを例証するものである。

出産数全体に占める生理的な出産数は約8割、医療を必要とする病理的な出産数は約2割と言われているし、こうした需要者側のニーズの特性を考慮すれば、病理的な出産と生理的な出産の住み分けが必要であり、多様な選択肢を並存させながら、それを成り立たせるための連携の仕組みが必要だろう。こうした発想のもとで、なおかつ医療資源の効率的利用と安全・安心なお産の両立を図る、こういう代替的な政策構想が必要ではないか。そしてこうした代替的な施策の方が、短期的には医師の総数を増やせない状況でも、産婦人科医師への過剰な負担も緩和することができるし、多様な需要に対応する柔軟な供給システムの構築も可能となる（次頁の図を参照）。

1、立大学術文化振興財団助成研究調査報告書、2006年3月）、また熊手麻紀子（編）、『だから日本に助産婦さんが必要です』（くまでつうしん、2001年）。

図 お産をめぐるニーズに対する供給システムの構造



## (2) お産の医療化

これに対して現在の供給システムは、医療供給側からみた科学的専門知識に基づくパターンリスティックな囲い込みによって、「お産の医療化」を浸透させてきたと言えるだろう。端的に言えば、分娩を焦点に、それを産科医師が頂点となるヒエラルキーで機能する病院で執り行う、それこそが最も安全・安心だという構造である。

こうした構造に行政が依存してしまうと、病院以外の助産所や自宅での出産という選択肢、またそれに関連する医療資源は、政策的に縮小されてしまう。実際に、戦後間もない頃にはいわゆる「産婆さん」(助産婦)が付き添った自宅出産がほとんどであったが、それから約半世紀の間に出産は病院・診療所に

集約化されてしまった<sup>23)</sup>。またこの間に助産師の就業場所も大きく変化し、2006年度には病院・診療所が86.5%、助産所が6.0%となっている<sup>24)</sup>。このことは、従来独立して仕事をしていた助産師が病院・診療所の産婦人科システムのなかに取り込まれ従属することを意味し、助産師のアイデンティティ・技能・専門的独立性およびその教育に大きな影響を与えていると推測される<sup>25)</sup>。

さらに付け加えておくと、現在では助産所の運営も危機的な状況にある。とりわけ入院施設を有する有床助産所は、2006年6月に改正された医療法および医療法施行規則によって以下のような条件が課せられることとなった。以前は単に嘱託医師を指定しておけばよかったが、この改正によって、産科または産婦人科を担当する医師を嘱託医師とすること、またそれが困難な場合には、産科または産婦人科および小児科を有し、新生児への診療を行うことができる病院または診療所を嘱託医療機関とすること、という規制強化が図られたからである<sup>26)</sup>。一見、お産の安全という側面から見れば専門領域の診療科の連携体制が図られ、妊婦にとって安心な改正である。しかし、2008年4月以降は、嘱託医師または嘱託医療機関を確保できなければ、助産所は運営できなくなる。現在のところ、改正時の附帯決議にもかかわらず、嘱託医師等を確保できない助産所が多いため、厚生労働省が関係機関に協力依頼の通知をせざるを得ない状況である<sup>27)</sup>。

以上のような「お産の医療化」の結果として、お産を取り巻く状況が、医師の不足や偏在、また病院経営の影響などを直接的に受けやすい構造になってしまったのは確かだろう。それゆえ、彦根市を中心とする湖東地域のように中核

23) 場所の集約化問題を考える(シンポジウム講演録)』(2006年12月)所収)によると、1947年の出産場所は自宅97.6%、施設2.4%で、1960年に逆転し、1990年には自宅0.1%、施設99.9%、施設の内訳は病院・診療所が98.9%、助産所は1.0%である。なお、藤田真一著、『お産革命』(朝日新聞社、1979年)も参照。

24) 厚生労働省、「平成18年度保健・衛生行政業務報告」による。

25) 大林道子著、『助産婦の戦後』、勁草書房、1997年。

26) 改正された医療法第19条および医療法施行規則第15条の2第1～3項。

27) 厚生労働省医政局長による「分娩を取り扱う助産所の嘱託医師及び嘱託する病院又は診療所の確保について(協力依頼)」(医政発第1205003号、2007年12月5日)。

病院が機能しなくなると、病理的な出産への対応ができなくなると同時に、大半を占める生理的な出産までもが産産場所をなくす、という状況が生まれるのである。

しかし、現在のほとんどの政策的対応は、あくまでも「お産の医療化」を前提としている。この大前提に依拠する限り、むしろ今後の政策の焦点が、出産の安全性を高めるためにも、基幹病院へのさらなる集約化、科学的知見によるリスク評価によるニーズの仕分け、基幹病院とそれ以外の診療所等との役割分担の明確化と連携強化、による医療資源の効率的利用の促進、という点に絞られてくることになるのは容易に想像がつかだろう。

たとえば、産科医療における安全対策に関する厚生労働科学研究を推進してきた中林正雄氏によれば、医療施設の機能別役割分担を明確にして、妊娠リスクスコアによる評価で妊婦の管理と仕分けを行い、それぞれの医療施設に分別していく仕組みが求められている<sup>28)</sup>。

こうした仕組みの究極の姿としては、いわゆる産科オープン(セミオープン)システムが注目される。これは、地域の中核となる周産期医療施設に医師を集約化し、妊婦健診などは診療所で行い、分娩は高度な周産期医療施設で行うという仕組みである。搬送した診療所の医師が主治医権を持って分娩を行う場合がオープンシステム、逆に受け入れた医療施設の医師が主治医権を持って分娩を行う場合がセミオープンシステムと呼ばれる。日本産婦人科医会は、診療所での分娩が全体の45%以上を占め、また医療資源や医療問題の特徴に地域格差がある現状に鑑み、このシステムを選択肢の1つとして、地域にあった周産期医療体制を構築すべきだとしているが、このシステムを積極的に評価し、周産期医療の安全性などの観点から導入を図るべきだとしている<sup>29)</sup>。

また厚生労働省は2005年度から3カ年の補助事業として、「周産期医療施設オープン病院化モデル事業」を実施してきた。これは上述のような流れを促進

28) 中林正雄、「ハイリスク妊婦の評価と周産期医療システム」,日本産婦人科学会誌,59(9),2007年,257-260ページ。

29) 日本産婦人科医会,「産科オープン・セミオープンシステムに関する現状における日本産婦人科医会の考え方」(2004年9月11日)。



する施策であり、地域の周産期医療施設をオープン病院として、その病院と診療所や助産所などが登録制によるネットワークを形成して連携する仕組みをつくり、その連携のあり方や課題を探るものである。2006年度には、宮城、東京、岡山、静岡、三重、滋賀、広島の全国7自治体で実施され、滋賀県では滋賀医科大学がオープン病院となっている<sup>30)</sup>。

以上のように、わが国における「お産の医療化」を前提とする政策構想には、さらなる集約化の傾向が顕著である。こうした政策でも、確かに需要側のニーズの仕分けが必要だとしているが、それはあくまでも医療供給側の専門的知見によるリスク評価によるものでしかない。今後の政策がさらに、需要者あるいはサービス利用者の潜在的なニーズとその多様性から乖離していく、こういう可能性はやはり否定できないだろう。

### (3) ユーザー・デモクラシー

ここで、お産をめぐる生存基盤サービスの供給システムに関する公共政策について国際的視点から眺めてみると、わが国の政策の動向がかなり特異に見えてくる。たとえばカナダやイギリスでは、集約化の問題点が綿密に調査され、むしろ代替的なプロジェクトとして、助産師の役割を重視する仕組みが導入されてきているし、ノルウェーでも産科ケアの脱集約化を政策の基本方針としているからである。こうした事例をみると、集約化がもたらす妊婦への影響に関する医学的調査が蓄積され、サービス利用者としての女性の声が相当反映されているように思われる<sup>31)</sup>。

これに対して、わが国における「お産の医療化」を大前提とする構造と、それに過度に依拠する行政行動を見るとき、わが国における科学的専門知識の政策形成に及ぼす影響の凄まじい威力と、行政判断が依拠する情報構造の脆弱性

30) たとえば、厚生労働省、「第2回周産期医療施設オープン病院化モデル事業関係者連絡会議資料」(2007年3月)を参照。

31) たとえば、廣瀬健、「長野から見えた出産場所の集約化 諸外国の対応と比較して」, NPO法人お産サポート JAPAN (編), 『出産場所の集約化問題を考える(シンポジウム講演録)』(2006年12月)を参照。

と、その双方を感じざるを得ない。

行政の政策形成においては、とくに生存基盤サービスの地域共同需要に関わる場合には、サービス利用者の声を、いわゆる「声なき声」も含めて、いかに反映させるかが重要である。

まず政策形成の責任を担う行政主体は、供給側の情報だけに依存することなく、様々な関連情報を収集し、住民の主體的判断と意思決定に必要な行政情報を提供し、その声をしっかりと形成してもらう必要がある。そしてときには潜在的なニーズを意識化させる必要もあるだろう。これは近年の公共政策をめぐる議論において、「アウトリーチ」(outreach)と呼ばれるものである。

さらにこうした利用者の声を政策形成過程に反映させるために、従来の審議会等の方式とは異なる仕組みを整備する必要がある。これについては、近年よく議論されている「ユーザー・デモクラシー」(user democracy)と呼ばれる考え方が重要になるだろう。たとえばデンマークでは、行財政システムの地方分権改革のなかで、財政需要の増加が見込まれる高齢者福祉などに関して、公共サービスのニーズや規模を正確に把握するため、政策決定過程への利用者の直接的参加を法制化してきた。このシステムでは、地方議会は予算の総枠を決めるが、ユーザー・ボード(利用者委員会; user board)が歳出への助言だけでなく、具体的な監理と執行を担うことになる<sup>32)</sup>。

なお、近年注目されている「幸福の経済学」と呼ばれる研究では、地域のより身近な政府に決定権が委譲された分権化社会の方が、また政治的決定に直接関与できる方が、人々の幸福感が高まると指摘されている<sup>33)</sup>。また本節の冒頭で引用したセンの福祉に対する潜在能力アプローチは、選択肢の拡大そのものを福祉の重要な要素として含んでいる。

32) 浅野賢司, 生田京子, 西英子, 原田亜紀子, 福島容子著, 『デンマークのユーザー・デモクラシー』, 新評論, 2005年。

33) ブルーノ・S・フライ, アロイス・スタッツァー著, 『幸福の政治経済学: 人々の幸せを促進するものは何か』, ダイアモンド社, 2005年。

#### (4) 彦根市の主要施策に対する評価

ここでは、以上のような分析的論点から、彦根市の主要施策に対して若干の評価を試みたい。端的に言えば、湖東地域医療対策協議会の設立目的、その協議会の議論をふまえて展開された医師確保の諸施策、民間診療所に対する補助金交付など、彦根市の施策のほとんどは「お産の医療化」の構造に依拠した対処療法にとどまっている。それは結果的に、利用者とその家族の「産みたいけれど産む場所がない」という顕在的ニーズを一面的に捉えたものであり、潜在的ニーズの把握からはじまり、需要と供給のミスマッチを利用者本位で再調整するという代替の方策を視野に入れたものではない。

まず協議会については、前節でも述べたように、設置主体の性格が曖昧であるが、実はその背景には県と市の複雑な思惑がみとれる。彦根市立病院は湖東保健医療圏という市町をまたぐ県の管轄区において、財政を支援してくれるわけではない他の4町の住民も利用する中核病院として位置づけられている。市立病院という出産場所の維持、そのための医師確保という観点から彦根市は責任を感じながらも、公的責任をすべて押し付けられても困るという思いがあったのではあるまいか。県との間にもそうした暗黙の了解があり、設置主体が曖昧なまま、市立病院での医師確保だけに協議会の議論の中心をずえることとなった。そのため、「お産の医療化」から抜け出せない行政（県も含めた）の姿が顕著に映し出される結果となったのである。また医師確保に焦点を絞る際には仕方がないことではあるが、協議会の構成が医療関係者と専門行政職員に偏りすぎており、利用者の声を反映する仕組みにはなっていない。

医師確保の諸施策については、報酬と労働環境の改善というインセンティブに限定されている。医師の診療科や勤務地の決定が自由選択に任せられ、新しい研修医制度のもとで旧来の医局による統制も弱体化した現在において、市場メカニズムに依拠した施策だけではうまくいかないだろう。医師のスキル形成やキャリア・パスの特性を考慮した施策に予算を配分する方が、医師確保の可能性は高まるかもしれない。

民間診療所への補助金交付については、彦根市議会6月定例会における採決

前の反対討論(6月22日)において、補助金の要綱作成から交付の審査に至る過程の不透明性や不公正さが指摘されている。いまこれを捨象したとしても、この施策は「お産の医療化」に過度に依拠した出産場所の増設対策であって、需要者側の潜在的ニーズやその多様性を考慮すれば、代替的な公共支出の機会が奪われたという問題が残るだろう。つまり、助産所やバースセンターの開設支援、地域の医療連携の強化、第二次医療機関としての市立病院の機能回復など、代替的な施策の機会が狭まるからである。

最後に院内所産院については、「お産の医療化」に依拠しすぎない施策として一定の評価ができるだろう。しかし、需要者側の潜在的ニーズとその多様性をどの程度考慮したのか、実際にどのような助産と分娩が行われるのか、そして緊急時の対応をどのように確保するのかなど、本稿執筆段階では未だ不透明な部分が多い。なお、いわゆる開業助産師の活用を促進するのであれば、本節(2)でふれた医療法および医療法施行規則の改正時の附帯決議の趣旨に沿って、嘱託医師および嘱託医療機関の受入義務を規定し、地方自治体の責任を明確化する条例を、彦根市および滋賀県として制定することも考えられる<sup>34)</sup>。

## V. 行政情報と市民の判断形成

ここまで、「お産の医療化」を前提とした供給体制の調整によって、需要者側のニーズとの乖離が進んでいることを明らかにしてきた。市場メカニズムによる医療資源の配分を前提としながら「お産の医療化」に依存した公的関与・管理を行う行政機関が持つ特異な「癖」によって、こうしたミスマッチは拡大している。産婦人科の医師不足の原因の一端は、大半の出産が正常分娩であり、助産師による出産が可能であるにもかかわらず、産婦人科医に出産が集中している現状が、かえって産婦人科医の激務を加速させていることにもある。さらに、お産に関するサービスの利用者である妊婦とその家族のニーズは、周産期医療の中核病院を通じた医療供給の仕組みからしか把握されず、行政機関から

34) 公害防止に関しては、国の法律よりきめ細かく規制項目を規定した条例が数多く制定された経緯がある。

は市場を通じた医療資源配分の彼岸の問題に矮小化されている。利用者のニーズは政策立案の基軸に据えられにくい構造がある。

本稿では、こうした需要と供給のミスマッチを利用者本位で再調整すること、それによって産婦人科医への出産の集中現象を緩和することも視野に入れた、代替的な改革案を示してきた。これはユーザー・デモクラシーによる需給構造の調整システムの確立を意味する。しかしそのためには、ユーザー・デモクラシーの制度的な確立とともに、医療専門家が提示してくる科学的専門知識によって形成される専制的な構造に対して、利用者側が対抗的な力を持ち、主体的な判断形成ができるかどうか鍵となる。そこでは、行政機関・医療関係者との情報の共有化を通じて、利用者が十分な知識を確保できなくてはならない。

彦根市における出産環境に関する本稿の考察によれば、彦根市の行政情報と諸施策は「お産の医療化」を前提とした政策思考によって編成されており、全国的な医師不足の文脈で語られながら、「彦根市立病院の産婦人科医師不足」だけが問題の焦点となり、結果的に「彦根市立病院の産婦人科医確保」「彦根市内におけるお産施設の増設」という対症療法的な施策に限定されていた。一般に行政機構は、問題の全体構造の把握が不十分なために、短期的な対症療法的施策のみを先行させる傾向がある。つまり、全体構造が把握されたなら、医療供給システムの調整政策として代替的な施策が展開可能であるにもかかわらず、長期的なビジョンを持った施策が展開できない構造的な「癖」を持っているとも言えよう。とりわけ地方自治体が政策判断をする際に保有している情報は、質・量ともに不足していると考えられる。

本稿の執筆者は、研究の過程で行政資料を含む資料の収集を行ったが、彦根市に関わる情報はヒアリング調査と議会議事録などが主な情報源であり、その情報そのものが、限定的な思考しか許容しないものであった。問題の全体構造を把握するためには、厚生労働省資料、日本産婦人科学会や日本産婦人科医会の資料と見解、また学会や医会の見解に批判的な上田市産院の廣瀬健医師の見解などを精査し、海外文献の検討などを行ってきた。その過程で明らかになったのは、インターネットなどの普及によって、市民グループは各地の団体と縦

横に連携をとりつつ、海外などの公式文書や専門文献等も入手し、情報量において圧倒しているという点である。従来であれば、政府ルートや実際に渡航して入手しなければならない資料が居ながらにして入手できるようになったことで、それまで科学的専門知識をいわば独占していた行政と一部市民との間に情報の逆転を生み出してきている。

それに対して、彦根市の政策思考は、日本産婦人科学会や日本産婦人科医会の見解に発して、厚生労働省から発信される政策情報として広く地方自治体に受容されている従来型の情報によって縛られていた。しかし、厚生労働省から発信される政策情報などは行政技術的・行政手続き的な最低限の要件を満たすものでしかなく、広く一般の住民が政策判断をするための情報としては不十分である。中心的に活動する一部市民の情報量は格段に増加したとはいえ、一般市民には、行政あるいはマスメディアから発せられる情報が依然として支配的であり、ここに不十分でかつ偏った情報であっても、それがあたかも「科学的専門知」として政策形成に関わる知識・情報を支配する構造が垣間見られる。こうして形成された現在の「専門知」は、利用者の立場に敵対的な性格も持ちうることに問題の根深さがあると言えよう。

住民が、こうした「専門知」の専制的構造に対抗しつつ、利用者の立場から安心な出産環境といった地域共同需要を充足する供給システムを選び取ることができるかというのが、ユーザー・デモクラシーの課題である。しかしもう一つの課題として、こうした専制的構造を克服しなくてはならない。そのためには、利用者、行政機関、医療従事者、そして研究者等が、行政サービスに関わる知識・情報の共有化を進め、個別的な専門知識を学際的なラウンドテーブル方式の討論を通じて再編成し、「市民社会の共通知」にしていかななくてはならないだろう。実は、専門知識を一部の占有者から解放し共有化した上で、ユーザー自身が決定することによって、それまでの占有者は最終責任者という重圧からは解放される。医療においてしばしば言われる、インフォームド・チョイス(コンセントではなく)という考え方も、その一つの表れと言えよう。

本稿のこうした考え方は、執筆者の一部が関与する、2007年度滋賀大学経済

学部ワークショップ『滋賀県における「公共性」「ガバナンス」に関する将来展望とアーカイブス形成の研究会』（滋賀大学経済経営研究所公募事業）の役割に関連している。このワークショップは、滋賀県及び県下の市町村による公共政策の現状と問題点を精査して、現代における「公共性」や「ガバナンス」のあり方について検討する、滋賀県に関わる研究において必要となるデータや政策情報について検討し、経済経営研究所における継続的な資料収集の方策をさぐる、外部の政策担当者や研究者にも開かれた共同研究の場をつくる、ということを目的としている。本稿に即して言えば、「出産環境」をめぐる滋賀県や彦根市など地方自治体の政策対応を「公共性」「ガバナンス」概念を基軸に検証し、大学が蓄積すべき基礎資料の収集方針を考え、同時に市民が必要としている行政情報のあり方も検討しようというわけである。

このワークショップが広く地域に開かれた共同研究の場となり、上述のような「市民社会の共通知」を形成するラウンドテーブルとして機能し、行政情報が、個別行政手続きに必要な技術的情報として分断された状況から、市民の判断に役立つ統合的な情報へと再編成されることを期待している。

そして、この研究の最終的目的は、それぞれの主体 出産に関して言えば、妊産婦、新生児、医療従事者、行政 が、それぞれの役割を生き生きと健康的に発揮する中で、最善の公共的選択を行えることにある。