



ドイツ日本研究所 German Institute for Japanese Studies (DIJ)

International Symposium

November 6th and 7th, 2008 at the Center for the Advancement of Working Women (CAWW)

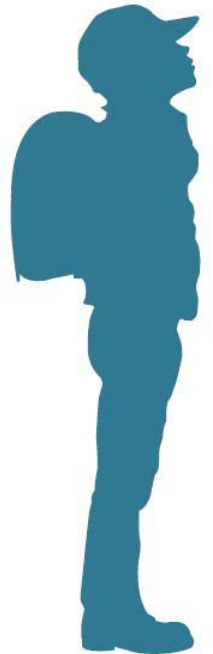
Fertility and Social Stratification Germany and Japan in Comparison

Friday, November 7th, 2008

Section 4: Health Care

“Birth Politics in Japan”

Paper by **Makiko Nakayama**
(Dōshisha Women’s College of
Liberal Arts)



If you use any information from this paper, please have the courtesy to properly cite this source. Thank you.

Birth Politics in Japan

(Original paper in Japanese)

問題の背景

現在の日本は、子どもが生まれにくい社会というだけでなく、子どもを産みにくい社会でもある。21世紀に入り、日本の出産・助産環境は悪化の一途をたどり、「お産難民」という表現が現れるほど、妊産婦が安全・安心に子どもを産むことができない状況にある。

また、先日は東京都墨東病院での痛ましい出来事があったばかりです。

- (1) 産科診療所・病院のあいつぐ閉鎖（出産場所の減少）
- (2) 産科医師の減少（医師の減少）
- (3) 妊婦健診を受けない産婦の存在が浮上（健診料・分娩料が払えない：貧困）
- (4) 妊産婦の死亡事故、医療の体制不備、産科関連の医療訴訟
- (5) 周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センターなど医療体制の不備 など

（これらの問題や課題は、調査結果にばらつきがあるため、

今後きめ細かい調査や研究が必要不可欠。）

本報告の目的

本報告では、先の状況をふまえ、日本のリプロダクションと医療に関する課題の中から、出産・助産に焦点をあて、その変容過程と変容を促した政策を分析し、なぜ日本の出産・助産環境が悪化し、いわゆるお産難民が発生しているのかを「出産の政治性」に着目して解説する。

その上で、今後日本の母子保健政策／医療政策に必要な視点を考察・提案したい。

本報告の構成は次の6点です。

- (1) 日本で法的に認められた出産方法を場所と介助者に注目し全5種類の選択肢を示す。
- (2) 5つの選択肢が提供される過程、その政策、特徴をとくに選択肢1, 3, 5を中心に述べる。
 - 2-1 選択肢①：明治期に政府の衛生行政の対象と位置づけられ、この政策により「出産介助の専門職化」が図られた。
 - 2-2 選択肢③：戦後1958年に国家(旧厚生省)により「出産の施設化」政策が開始され、全国に母子健康センター(助産部門)が設けられた。
それはやがて「出産の医療化」を招来させた
 - 2-3 選択肢⑤：1976年には診療所・病院での出産が99%を越え、現在に至る一極集中化とその定着
- (3) 2000年代の出産・助産現場の混乱を政策文書等から読み解き、「施設化・医療化のほころびとその原因」を分析・考察する。
- (4) 日本の現況とWHO「正常産のケア指針」とを比較検討する。
- (5) 日本で妊娠・出産に必要な諸費用と貧困問題との関係を検討する。
- (6) 日本の母子保健政策/医療政策に必要な視点を考察・提案したい。

(1) 日本で法的に認められた出産方法 2008年 一場所と介助者に着目して一

2008年現在、日本で法的に認められている出産・助産の方法を、場所と助産者に着目して整理すると、少なくとも表1のように五種類の選択肢が存在している(表1参照)(図1)。

表1 日本で法的に認められている様々な出産方法—介助者・場所を中心に—

選択肢	場所	介助者（◎は主）	条件・制約	法的に認められている出産方法
①	自宅	◎助産師 医師（産婦人科）	←正常産のみ ←正常・異常産	助産師／医師に自宅訪問してもらい自宅で出産
②	助産所 （私設）	助産師	←正常産のみ 要・嘱託医師契約 ※1	助産師が個人で運営する（または、雇用されて働く）助産所で出産
③	助産所 （公設公営： 母子健康センター）	助産師	←正常産のみ 要・嘱託医師契約	自治体等が運営する公設公営の助産所で助産師の介助で出産
④	診療所・病院	助産師	←正常産のみ	診療所・病院等の産科や産婦人科で、助産師の介助で出産
⑤	診療所・病院	医師（産婦人科）	←正常・異常産	診療所・病院等の産科や産婦人科で医師の介助で出産
	車内、道中等 様々		※2	その他

※1 2007年3月31日までは、助産所開所・運営の条件は「嘱託医師を配する」ということであったが、医療法改正により同年4月1日から「（助産所）は、厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めておかなければならない」（医療法第19条）と修正され助産所の開所・運営条件がきわめて高まった。

- ※ 2 現在の日本では子どもが産まれた場合、その事実は「専門家（医師又は助産師）」の署名捺印で証明された書類を提出する必要あり。
- ※ 3 「診療所・病院内で助産師の介助による出産」方法が「院内助産院（所）」「院内助産システム：Midwife care system」とよばれ、注目され、医療化されすぎた出産に対する見直しとして、診療所・病院内で助産師介助の出産が提唱され始めている。

表 1 に示した選択肢は 2008 年現在、日本で法的に認められている出産の選択肢である。

選択肢 1 は、自宅で主に助産師介助により出産する方法で、後述するが、助産師が介助する場合には、正常産であることが条件となり、その他様々な制約がある。平成 15 年度統計では（最新に換える）全出産の 0.2% = 2 千人と極少数の者が活用している。

選択肢 2 は、助産師が私設で開所・運営している助産所で出産する方法で、選択者は同年統計で 1% = 1 万人であるが、この 10 年間増減なく私設助産所で出産する女性が存在している。選択肢 1 同様に正常出産であることが条件となる。さらに、助産所は開所・運営の基本的条件として、「嘱託医師との契約」が必要不可欠である。

選択肢 3 は、1958 年に旧厚生省が開始した公設公営助産所（母子健康センター・助産部門）で、事業開始から 20 年間で全国に 700 弱の施設が設置された、しかし、2008 年現在運営を継続している施設は、私が確認できた限りでは全国に 2 施設である。

選択肢 4 は、ここ数年設置され始めた新しい方法で、厚生労働省は同方法を近年推奨している。

そして、1976 年から日本の全出産の 99% が選択肢 5 の方法に一極集中している。今日憂慮されている産科医師不足や、産科閉鎖という問題は、この選択肢 5 で発生している。

このように選択肢は 5 種あるにも関わらず、ユーザーはなぜ選択肢 5 に集中しているのか。出産の選択肢は国の政策の中でどのように提供されてきたのか。その際いかなる条件が付与され、「選択できない・選択しにくい、選択肢」になってきたのかを追ってみよう。

(2-1) 選択肢①：出産・助産の専門職化

明治初期に選択肢1と5が提供された。そして、明治期から1950年代までの日本の出産・助産政策は「出産・助産の専門職化」と言い表すことができる。

近代国家を標榜する明治政府は、欧米のパブリック・ヘルスという概念を国の政策に取り入れ、「衛生」と言い表し、その理念を確立・定着させた。出産・助産という営為も政策対象とし、政府は産婆（後の助産師）と医師に対して次のような規定をもうけた。

- ・「産婆取締規則」（明治元年1868年制定）（後に、「産婆規則」：1899年）
- ・「医制76条」（1878年制定）

(特徴3点)

助産に国家資格や免許を与え、出産介助者の専門性を明確化し制度化した。また、産婆学校が全国に設けられ、医師による産婆や助産者への教育も開始された。

こうして明治以降、人間の誕生に専門職者が配され、専門性にもとづく身体・出産管理が開始されたのである。また、専門職者内に、専門性の「高低／階層」を配し、「医師>助産師」関係が形成された。ただ、当時は全出産の九割以上が選択肢1の自宅出産であったため、活躍する専門家は「助産師」（旧称：産婆、助産婦、本稿では「師」を用いる）に集中していた。

出産の専門職化と専門職者間に高低／階層を設けるという明治政府以降の：この方針は、第二次世界大戦後に刷新された法律にも引き継がれる。戦後、日本は連合国最高司令官総司令部（GHQ/SCAP）の管理下に置かれ、多くの制度改革が目指され、なかでも保健や医療に関するシステム整備が強力に推し進められた。1948年7月に「医療法」（法律第205号）と「医療法規則」（厚生省令第50号）が制定された。また、各々独立に設けられていた保健婦、助産婦、看護婦の規則が統合され、「保健婦助産婦看護婦法」（1948年、法律203号）として公布された。

これらの法律のなかからとくに助産婦（旧称）・助産所に関する諸規定の特徴をみておこう。

- (1) 医療法では、助産所の開設者は「嘱託医師」を定めておかなければならない（第 11 条）と定められ、助産所では、医師が助産師を管理するヒエラルヒー構造が明確に定められた。この規定が、後に選択肢○1から○4の進展を阻むことになる。
- (2) 「保健婦助産婦看護婦法」では次の2点が定められた。第1に、助産師は、正常産だけを取り扱う専門家であること。第2に、出産時にへそのおを切り、かん腸をすること以外、投薬・切開・縫合といった医療行為は禁じられた。

ただ当時の助産師は、助産所を開所・運営する者以上に、妊産婦の自宅に出向く出張型の介助方法が用いられていたため、1950年頃までの日本の出産・助産は、たとえ法律により助産師の職務・職域が規制され、嘱託医師の必要性が定められても、地域に根を下ろした助産師によって、地域の医師のサポートを得て担われていた。

つまり、出産が自宅でおこなわれている限り、出産の主導権は「妊産婦とその家族および助産師」にあった。

<参考資料>

「医療法」では、

- (一) 『助産所』とは助産婦が公衆又は特定多数のためにその業務をなす場所をいい（第2条）、（二）助産所の開設者は、助産婦にこれを管理させなければならず（第11条）、
- (三) 助産所の開設者は「嘱託医師」を定めておかなければならない（第11条）となっている。

「保健婦助産婦看護婦法」では、

- (一) 助産婦とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は産婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導をなす事を業とする女子を言い（第3条、2002年 月「婦」を「師」と改称・施行）」、
- (二) 「保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦は、主治の医師または歯科医師の指示があった場合の外、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品に指示をなし、その他医師若しくは歯科医師が行うのでなければ、衛生上危害を生じるところのある行為をしてはならない。但

し、臨時応急の手当てをなし、又は助産婦がへその緒を切り、かん腸を施し、そのた助産婦の業務に当然不随する行為をなすことは支障無い（第 37 条）と業務規定され、

（三）「助産婦は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認めた時は、医師の診療を請わしめることを要し、自らこれらの者に対して処置してはならない。但し、臨時応急の手当ては、この限りではない」（第 38 条）（中山 2003、169 - 172 に詳しい）と定められている。

（2-2）選択肢○3：出産の施設化—診療所・病院の増加—

アメリカの単独占領が終わる 1952 年以降、表 1 ①の自宅出産が激減していく。まず都市部で、やがて郡部で、出産場所は自宅から施設内（診療所・病院・母子健康センターなど）へ、同時に出産介助者が助産師から医師へと、短期間に急激に変容する。藤田真一は 1955 年から 1965 年のわずか 10 年間の短期的な激変現象を「お産革命」とさえ名づけている（藤田 1979）。

表×：全国および支部・郡部別「施設内分娩」「施設外分娩」の割合と年次変化

—1947-1984 年—

（英文の表があると思いますので、探し出します。）

都市部に限定して、出産場所の推移を見ると、1947 年に 4.2 パーセントだった施設内分娩率（自宅以外の施設、たとえば病院や診療所）は、1953 年には 10.5 パーセントに、1956 年には 22.7 パーセントに、1960 年には 50.1 パーセントにと、七年間で急増している。さらに五年後の 1969 年には 84.0 パーセントに、1970 年には 96.1 パーセントを示し、市部の妊産婦が自宅出産をやめ、病院や診療所といった施設内出産に移行している（中山 2001：152）。

なぜ、市部の妊産婦は、出産場所を施設外（自宅）から、施設内（主に病院と診療所）へ変えたのか。市部に限定して病院や診療所に移行した妊産婦の行動変容を解明した研究は見あたらない。ただ、郡部・市部を総合して、出産の施設化を促した原因としてつぎのような複数の分析がある。

たとえば、（報告では、1，4，5のみ伝える）

- (1) 藤田真一は、厚生省による母子健康センター（後述）の設置政策をあげ、
- (2) 吉村典子は「中絶で病院にかかることに慣れた女性たちの意識」を、
- (3) 船橋恵子は「地域の変貌、救急医療システムの未整備、流行」（中山 二〇〇一：一五六）を指摘する。
- (4) 杉山章子はGHQの占領政策の一貫として実施された大規模病院設立に向けた法制度の制定や病院改革が病院数を増加させたことに注目する。また助産師の働く場所も病院改革にともない、地域から病院に移っていたという（杉山 二〇〇七：九二 - 九五）。
- (5) 鈴井江三子は二つの点を指摘する。第一に、1956年に開始され1961年に完全実施された国民皆保険制度によって、医療の利便性が国民全体に提供されたこと。1963年に医療給付の適応範囲として医療費の地域差を撤廃し、国保世帯主の七割給付を完全実現したこと。1966年には、国保世帯員（家族）の七割給付も実現されたこと。こうして、あらゆる人びとが医療を利用しやすくなり、入院の簡素化も図られ出産時の入院が容易になったこと。
- (5) 鈴井は第二に、医療施設が設置しやすくなったと指摘する。1951年から病院や診療所に対する国民金融公庫による特別融資の貸付が開始され、1960年に日本医師会の念願であった低金利長期貸付の医療金融公庫法が制定され、病院や診療所への低金利による融資が開始された。それにより病院や診療所の開設、あるいは病床数を増加することが可能になった。ただし、同じ医療機関として低金利長期貸付の対象となる助産所への融資は、非常に低額であった。なぜなら助産所は、病院や診療所とは異なり保険診療ができないため、健康保険制度からの診療報酬がなく、返済のための収入・資金の確保や確約が約束されにくかったためだろうと鈴井は推測する（鈴井 2007：31.38）。

このように病院・診療所出産に移行した要因は多面的に指摘されつつあり、これら複数の要因が関連しあっているものと思われる。明らかなことは、1955年から1965年の間に日本全国の出産・助産に関する施設総数が急増したという事実である。

表×：産婦人科施設数増加割合と医師の推移（鈴木さんの表 40 頁）

具体的には 10 年間で、

（一）産婦人科病院数は「2265 から 2880 に」と 615 施設増加し、

（二）産婦人科診療所数は「8511 から 10022 に」と 1511 施設増加し、

（三）新規参入した母子健康センター（後述）は「0 から 404 に」なった（鈴木 2007 : 40、中山 2001 : 15）。

出産を取り扱うことができる病院・診療所・助産所（母子健康センター）は 10 年間で 2530 施設増え、総計で 103306 施設が全国に提供された計算になる。

「町村合併促進法」（1953 年）後の全国の市町村総数は 3453（1958 年 10 月）であるから、ごく単純に試算しても、一つの市町村に四つの「出産できる施設」が配置された計算になる。

1955 年から 1965 年の日本の合計特殊出生率は、1947 年の 4.54 をピークに下降し続け、1955 年には 2.37 まで下がり、施設が急増する 10 年間はおおむね 2.00 で安定・横ばい状態を続けていた時期であり（内閣府 2006 : 216）、生まれてくる子どもの数に対応する目的で施設を増加させる必要性はない時代でもあった。

出産用の「施設」は全国に十二分に配備されたといえよう。

郡部での分娩場所の変化は、市部の変化より 4~5 年遅れて出現した。郡部の施設内分娩は— 1947 年には 0.5 パーセントと極少で、1957 年に二桁台の 12.3 パーセントに急増し、1959 年には 20.6 パーセントに、1963 年には 51.3 パーセントに、1967 年には 79.4 パーセントに、そして 1970 年には 91.2 パーセントにと激増していく（中山 2001 : 152）。

では、郡部の出産の施設化は市部より遅れつつも、なぜ急激に生じたのか。病院や診療所が郡部で急増したであろうことは確かだ。くわえて、1958 年に厚生省が、公設公営の助産施設を設置する事業を起案 - 導入したことも重要な要因のひとつである。

(2-2) 選択肢○3 「出産の施設化」政策

—厚生省「母子健康センター事業」（公設公営助産所等）のこと—

1950年代以降の郡部の出産の施設化を促した厚生省政策、公設公営の助産施設づくり事業について述べる。

日本の乳幼児死亡率は、戦後10年間で確実に低下した。しかし、1955年当時、出産・母子保健問題として、厚生省は三つの政策課題を認識していた。

第一に、都市部に比して農山村漁村部の乳幼児死亡率は高くこれを低下させる必要がある。

第二に、全国の新児死亡率、とくに周産期死亡の後期死亡率の引き下げ達成されていない。

第三に、先進国の中で非常に高率の妊産婦死亡率の低下。1955年でも178.8（出生10万対）と先進国のなかで非常に高率を示し、妊娠中毒症と出血という二つの死亡原因が高いという特徴がある。

当時の厚生省児童局母子衛生課（旧称）は、これらの問題解決のため二つの政策目標を定めた。

(一) きめ細かい母子保健事業が必要で、そのためには市町村を拠点に地域に密着した母子保健を推進することが効果的だ。

(二) 高率を示す地域の乳幼児死亡率、妊産婦死亡率を引き下げるためには、「施設内分娩率」を向上させる対策が有効で、郡部でおこなわれている自宅分娩（施設外分娩）を施設内分娩に移行させることが問題を解決する方策となる。

図：母子健康センター事業の政策推移図（英語表記の図あり）

そこで、イスラエルやイギリスを模して開始されたのが、「母子健康センター事業」＝選択肢3（表1③）である。郡部の自宅出産率は高く（1958年時の自宅等の分娩率：郡部＝83.9%、市部＝51.4%）、全国の保健所設置総数も少なかったため、母子健康センター事業は全国の町村レベルの基礎的自治体から歓迎された。厚生省児童局は施設設置の申請希望があった市町村を選定し、施設建設費のみを国庫補助金で支給し、認可された当該自治体は「助産部門（公設

公営助産所) と母子保健指導部門」からなる「母子保健総合施設＝母子健康センター」を建設した。また運営は各自治体予算によって担われた。

事業初年度の 1958 年には全国に 53 の母子健康センターが設置され、20 年後 (1978 年) には合計 680 施設が全国で運営されるにいたる。また、1965 年に制定された「母子保健法」第三章第 22 条に同施設は「母子保健施設」と定められた。初期 10 年度 (1958～1974) の母子健康センター事業の中核は「助産部門 (公設公営助産所)」で、この機能は日本の農山村漁村の「出産の施設化」を促し、その後の「出産の医療化」を推進する要因のひとつになった。

やがて、郡部の施設内分娩率が 9 割を越えるころ、厚生省は助産部門を置かない母子保健部門 (保健所の母子保健部署の代替) だけの母子健康センター事業を認めるため、設置要綱を改訂し、施設の増設をめざした (1974 年)。しかし、公衆衛生局主管轄で開始された新しい施設建設事業、すなわち母子も老人も含む住民すべての健康に対応する「市町村保健センター」施設の設置 (1978 年) が開始されたことで、母子健康センター母子保健部門もまた、市町村保健センター設置に切り替えられていった。

さて、母子健康センターに設置された助産部門とは、施設長は自治体の首長であるが、助産師が介助をおこなう公設公営の「助産所」であり、助産師が正常産のみを対象に介助する施設で、施設の開所・運営には「嘱託医師」が必要不可欠である。また、母子健康センター助産部門の実質的な運営を担った助産師たちは、施設開所前は地元で主に自宅に出張して助産をしていた助産師で、彼女たちは自治体が運営する助産所に協力・貢献する際に、地方公務員として正規雇用されたものはきわわずかであった。大多数の助産師は自分が依頼された妊産婦を伴い施設を利用して出産介助を担い、介助費を収入とした。自宅へ出張していた個人経営時代に比べて収入は激減し、あるいは職を失った助産師も少なくなかった。

ところが、母子健康センター助産部門が全国に急増し、同時に職域が重なる産科の診療所・病院の開所も増え、出産の施設化が進む 1960 年代後半、宮崎県内の母子健康センターで医療事故が発生し、嘱託医師が遺族から損害賠償を請求されるという事件が発生した。この事件を契機に宮崎県内の母子健康センター助産部門の嘱託医師は総辞職し、こうした医師らの対応は日本各地に波及した。その結果、嘱託医師が確保できず、閉鎖を余儀なくされた母子健康センター助産部門が各地に現われた。また、先に述べたように 1978 年には市町村保健センターの建設という新たな箱もの設置事業が厚生省によって開始されたことで、母子健康センター設置

から、市町村保健センター設置（保健所機能重視）へと、設置施設を転換する地方自治体もつぎつぎと現われた。こうして、700施設を数えた全国の母子健康センターは、まず助産部門を閉鎖し、やがて母子保健部門を閉鎖するなどして、2007年現在は、確認できただけで二つの施設しか運営を継続していない。

（2-2） 選択肢〇3 「出産の施設化」政策

—母子健康センター（公設公営助産所）の開所・閉所と政策成果—

母子健康センター事業は、日本郡部における出産の施設化の一翼を担った。では、出産の施設化がもたらした効果や功罪は何であったのか。

（◎ 旧＝赤部分を、新＝緑部分に切り替え、単純化する）

（1）母子健康センター設置という国の事業の導入と撤退は、政策対象となった地域の出産の施設化を促し、やがて出産の医療化を招来させる一要因となった。

（2）政策は、乳幼児・妊産婦の死亡率の減少に貢献した。

（3）施設の開所で、政策の副次的成果として、母子健康センター施設で助産師に介助され、家庭的雰囲気の中で出産することは「実家のような安心感」が提供され、「施設入所・施設内分娩」はユーザーの身体的・心理的安心感を提供した。

（4）施設の開鎖で

- 1) 地域内の助産師との継続的相互関係や、
- 2) 政策の副次的成果である家庭的な施設内出産環境というは失われた。
- 3) 病院や診療所で常時「医療に囲まれた安全性」を獲得し、
- 4) 「過剰な医療」さえ受け入れる新たなリスクを担うことにもなった。

(5) 政策を歴史的にみるなら、国は個人に、第一段階の政策として出産のリスク回避を目的に新しい選択肢（母子健康センター助産部門）を提供し、第二段階でその選択肢を縮小・払拭した。

こうした二段階にわたる政策手段は、政策の受け手の行動を、一定方向に「矯正する装置」（施設外出産から施設内出産へ）として機能した。

(6) この政策は、方向づけされた選択肢のもとで、医療機関での健診の義務づけなどにより、身体を医療機関の管理下に組み込むという行動が、政策の受け手（ユーザー等）に涵養・内面化され、あるいは選好される効果をもたらした。

まず、ユーザー側からみた効果／効用を五点述べよう。第一と第二は、政策が推進された効果であり、第三と第四は政策が転換・衰退して後の効果である。

○政策が推進された効果

第一に、母子健康センター事業は妊産婦に「助産所で子どもを産む」という施設内出産という新しい選択肢を提供した。その選択肢は、「安心、気兼ねなく体を休める、実家に戻ったような」など、「個人と地域内の助産師との継続的相互関係」を保持しつつ、「家庭的な施設内出産」「助産師による施設内での産後のケア環境」「緊急時に医療的処置を受けることができる安全性の保証」という事業の効用（副次的効果）をもたらした。

第二に、こうした効果のゆえに、ユーザーは母子健康センターをすみやかに受け入れ、「施設内出産」を受容し、やがて施設内出産を当然視する認識が涵養され内面化されていった。

○政策が転換・衰退してのちの効果

第三に、他方、母子健康センターで出産（公営助産所出産）することを目指したこの事業は、持続性がなく、各地の自治体の采配や方針、運営予算の確保の有無、嘱託医師が確保できる否か、近隣に他の産科医療施設が設けられるか否か等の原因や要因により、施設閉鎖を余儀なくされた。その結果、事業の効用や副次的成果であった「個人と地域内の助産師との継続的相互関係」「家庭的な施設内出産」「助産師による施設内での産後のケア環境」は失われた。

第四に、母子健康センターが閉鎖されたとき、すでに人びとの意識からは「施設外／自宅で子どもを産む」ことは、選択肢ではなくなっていた。施設内出産が当然となった状況下で、ユーザーは他の施設内出産、つまり「病院や診療所での出産」を受容し、あるいは自ら選択し、ないしはその場所のみが出産場所となった。

第五に、母子健康センターで出産した女性たちが受けた医療的処置は、「会陰裂傷後の裂傷を留める処置、逆子を治すマッサージ」などが主であり、嘱託医師が駆けつけた場合に「会陰切開と縫合、鉗子使用の分娩」などの処置を受けていた。

その後、母子健康センターが閉鎖され近隣病院で第二子、第三子を出産した女性たちには、「陣痛促進剤、点滴、事前の会陰切開、超音波診断装置」などが処されている。このように、病院や診療所では「常時、医療的処置を受ける・受けることができる」状態が提供され、ユーザーはそれらを受容した。

○政策そのものの効果／効用を述べよう。

母子健康センター設置という国の事業の導入と撤退という一連の流れは、政策対象となった地域の出産の施設化を促し、やがて出産の医療化を招来させる一要因となった。

また、この政策を歴史的にみるなら、国は個人に、第一段階の政策として出産のリスク回避を目的に新しい選択肢（母子健康センター助産部門）を提供し、やがて、第二段階としてその選択肢を縮小・払拭した。こうした二段階にわたる政策手段は、政策の受け手の行動を、一定方向に「矯正する装置」（施設外出産から施設内出産へ）として機能した。また、この政策は、方向づけされた選択肢のもとで、医療機関での健診の義務づけなどにより、身体を医療機関の管理下に組み込むという行動が、政策の受け手に涵養・内面化され、あるいは選好される効果をももたらした。

この政策は、乳幼児および妊産婦の死を減少させる政策で、成果として双方の死亡率は激減し、とくに横這い状態が続いていた妊産婦死亡率の減少に貢献した。副次的成果として、母子健康センター施設で助産師に介助され、家庭的雰囲気の中かで出産することで「実家のような安心感」が提供され、施設入所はユーザーの物理的・心理的リスクの回避に貢献した。

その後、施設の閉鎖によって、政策の副次的成果、すなわち地域内の助産師との継続的相互関係や、家庭的な施設内出産環境というは失われた。他方、病院や診療所で常時医療的な対応を受けることが可能な「医療に囲まれた安全性」を獲得し、さらには「過剰な医療」さえ受け入れる新たなリスクを担うことにもなった。

(2-3) 選択肢〇5 「診療所・病院出産」の一極集中化

-誰が産婦を診ているのか?-

○「産科看護研修学院」・「産科看護婦」・「内診」

1976年に99%の出産が病院や診療所で担われるようになり今日に至る。

この間、一方で不妊などに対応する新しい生殖技術の開発と導入など、さらなる医療化が進展し、少子化社会対策基本法第13条には不妊治療への対策が特化して明記された。また、医療化された／されすぎた出産に対する異議申し立てやオールタナティブな視点が提案され、「過剰な医療化」を見なおす問題提起がしばしばおこなわれてきた(きくち 1992 他)。また、医療介入を極少にして出産をサポートしようとする私営の助産所(表1の②)も、利用者は1%(年間1万人ほど)であるが、その人気は衰えない。

21世紀に入り、冒頭で述べた「お産難民」と表される現象が発生している。その原因の一つを、筆者は、「産科看護婦」「産科看護研修学院」「内診」という3種のキーワードに着目して、推移を読み解いてみたい。先述の通り、明治以来日本では、出産介助は医師と助産師という専門家のみに許可され、内診は助産行為として二種の専門職者にのみ認められてきた。

しかし、1962年から、全国の産婦人科医師で構成する社団法人日本産婦人科医会は、「産科看護研修学院」という講座を全国55カ所に設け、「准看護師や看護師、無資格者等」に同研修を受けさせ、彼女たちを「産科看護婦」と認定してきた。認定を受けた女性たちは、産科医師の診療補助として内診を担った。同学院を設けた日本産婦人科医会は、「内診は、単なる計測であり、看護師にもできる『診療の補助』に当たると指導」し、助産行為の範囲とせず、補助人材を育成してきた。99%の出産が病院や診療所で担うことができたのは、研修学院で約1年研修を受けた産科看護師が「内診」を診療補助としてきたという背景がある。

具体的には、

- ・受講対象者は、准看護師や看護師、無資格者等で、研修を終了後「産科看護婦」と認定

○1962～1999年までの研修生 総数 24.559名

○1990～1999年までの入学者 6.144名

★入学時の資格内訳：助産婦 6名、看護婦 873名

准看護婦 4362名、免許なし 903名

(3) 施設化・医療化のほころびと原因 その1

ー産科看護婦と内診の見直しー

産科看護婦の内診行為は、日本の法律では違法行為である。その違法性が2000年の国会質問で問われ、以降2004年までの4年間で、次のような綱紀粛正が行われ続けた。

【2000年12月1日】第150回国会で、社会民主党・市民連合の阿部知子議員は、「助産資格のない者の助産業務従事に関する質問趣意書」（内閣衆質第72号）を森喜朗総理大臣に提出し、38年間続けられてきた産科看護研修学院で研修した産科看護婦の内診行為の是非を質問。

【2001年2月27日】内閣総理大臣森喜朗から答弁書が返される。内容は違法性を完全に認めるものであった。

概要は次の通り。

「(一) 社団法人日本母性保護産婦人科医会が日母産婦人科看護研修学院基準を定め、日母産婦人科看護研修学院を開校し、修業年限一年で、講義と実習を実施してきた。

(二) 全国に同看護研修学院は55箇所あり、1962～1999年までの研修生は24559名である。1990年から1999年までの入学者は6144名（入学時の資格内訳：助産婦6名、看護婦873名、准看護婦4362名、免許なし903名）である。

(三) 医師でも助産婦でもないものが、助産行為（内診）を行うことは違法であり。学院の研修を終了しても助産婦資格をえるものではないから研修修了者等に誤解を与えることがないよう」（内閣衆質 150 第 72 号）。

【2002 年 11 月 14 日】 厚生労働省医政局看護課長が、「助産師以外の看護師が内診を行うことは、保健師助産師看護師法に違反する」と通達。

【2003 年 12 月 29 日】 横浜市の産婦人科病院「堀病院」で、准看護師の内診等の経緯を経て、女性は出産後、数ヶ月を経て多臓器不全で死亡。

は他県から同日入院した女性（37 歳）が分娩室に移動する前に、准看護師ら医師・助産師以外の数人に子宮口の開き具合や胎児の頭の状態を確認するなどの内診をさせていた疑い。女性は出産後その日のうちに容体が悪化し、県内の他の病院に転院。翌年二月、多臓器不全で死亡（後略）。（『日本経済新聞』2006 年 8 月 24 日）

【2004 年 9 月 13 日】 厚生労働省医政局看護課長の通達。

「内診」の定義をさらに明確に示し、違法性を通達。

「産婦に対して、子宮口の開大、児頭の下降度等の確認及び分娩進行の状況把握を目的として内診を行うこと。但し、その際の正常範囲からの逸脱の有無を判断することは行わない」ことは、「保健師助産師看護師法第五条に規定する診療の補助には該当せず、同法第三条に規定する助産に該当すると解する」。

これら一連の流れの中で、全国各地で（島根県壱岐の島、長野県上田市、神奈川県南足柄氏、徳島県海部郡、岩手県宮古市等での）産科診療所や病院閉鎖の危機が次々とメディアで報じられた。

一連の流れに対して、2004 年 9 月と 11 月に、日本産婦人科医会会長の坂元正一氏は次のような発言をしている。（かなり簡潔にポイントだけ述べる）

- ・ 産科コメディカルが不足しているため、医師がみずから診察・介助をしており、医師の加重労働と負担は大きい。
- ・ 分娩第 1 期の内診は助産行為ではない。

- ・ 保健師助産師看護師法の文言でそのように解釈できないなら、法律を変える必要がある。

「このように産科コメディカルが不足している状況下で、多くの産科分娩施設では安全で快適な分娩を行うために医師自らが直接診察し、分娩介助をしているのが現状である。産婦人科医師にますます負担がかかり、このまま進めば産科医は荷重労働に耐えきれず、櫛が一つ一つ抜けるがごとく、産婦人科診療所医師はもちろん産婦人科勤務医もまた辞めて行くであろう」。

「分娩第一期時に看護師が内診することは、助産行為に該当しないから、この行為を認めよ」
「法解釈上、少なくとも、分娩第Ⅰ期にあつては、分娩を安全に導くために、看護師による子宮口の開大度、児頭の下降度に観察、測定は必要であり、この意味では、分娩第一期の内診は助産に該当しない」とし、現行の枠内でも分娩第一期の内診が出来るようにすること、あるいは、できないのであれば、保健師助産師看護師法の考え方を考えるよう要望している。

また、2005年9月5日には、再び日本産婦人科医会会長の坂元正一は、次のように記している。「(前略)看護課長通知がなされて以来、医会の調査では分娩医療機関数が平成14(2002)年から16(2004)年の間に、病院は6.5%、診療所は10.3%の減少となっている。さらに平成16年の通知がなされてからは著明に減少している。」と記している。

翌2006年5月23日には、厚生労働大臣との懇談会で同会長は、産科閉鎖の原因として、助産師不足を理由にあげ、「保助看法第37条の解釈上の疑義の有無にかかわらず、助産師が充足するまで、看護師による医師の指示下における診療補助行為(分娩第一期における内診)を認めていただきたい」との要望書を提出している。

なぜ開業産婦人科医師などで作る社団法人日本産婦人科医会が、助産師以外のコメディカルに産科看護の研修をおこない続け、長期間問題提起されず、38年目に問題提起されたのか、疑問を説く十分な諸資料はまだ見つけることができていない。

ただ、専門家/非専門家、有資格者/無資格者、医療行為/非医療行為を法的に明確にし、助産師の分娩介助が厳しく制限されてきたにも関わらず、医師が核となっている施設内に関しては、分娩介助には仲間集団のみで活用できる物差しをつくり、システム化してきたことは確かである。

(3) 施設化・医療化のほころびと原因 その2

一違法行為の強制捜査、産科閉鎖原因産科看護婦と内診の見直し一

【2006年8月24日】年間出産数が約3千人を上る産婦人科病院、堀病院（横浜市瀬谷区）が「内診」などの助産行為を准看護師らに行わせていたとして、神奈川県警生活経済課は24日、保健師助産師看護師法違反（助産師業務の制限）の疑いで、同病院の事務所など約十カ所を自宅搜索した。看護師・准看護師の違法行為の疑いで警察は大規模な強制捜査を実施。

2006年夏に、内診という違法行為に対し、警察の強制捜査が実施された。これはおそらく氷山の一角であろう。過去に約3万人の産科看護婦が認定され、助産資格のないこれらの看護師・准看護師らが（彼女たちの実質的な技術の高低や熟達度の有無は別として）、診療所などで助産のケアを担ってきた。堀病院事件および厚生労働省の通達を受け、学院認定者たちが担ってきた内診行為に代表される出産介助の仕事は違法行為であり、担うことはできない。従って、当該施設の産婦人科医師が一手に担うことになる。その労働状況は過酷なものとなったことが想像される。また、統計からみると、看護師より専門性の高い助産師は、病院に就職するものが多く、診療所に勤務する者は多いとは言い難い。

産科看護学院修了生に対する内診行為を禁じた綱紀粛正措置が、「産科診療所」（約半数が診療所出産）に与えた深刻なダメージは想像に難くない。しかし、産科の閉鎖、産科医師の減少に関する見解や主張には、立場により異なりが見られる。たとえば、

- (1) 日本産婦人科医会は、看護師に内診を認めるべきだと指摘すると同時に、日本の助産師数が不足しているとの見解を提示している。また、現在は産科医師不足を強調する。
- (2) 日本看護協会常任理事長菊地令子、日本助産師会神奈川支部長山本詩子は「看護師の内診は認められない」と否定し、同時に助産師不足は診療所の問題であること。診療所の助産師を雇用する体制が不備であると指摘する。「助産師数は5万5千人（内就業者は半数）で絶対的不足はない。○出生場所の割合に比べ、診療所に就業する助産師の割合が低く、助産師不足は診療所の問題である。○助産師就業斡旋状況において、産科診療所からの求人は少ない。○産科診療所の希望する求人内容は、非常勤、パート、夜勤専従等弾力的な勤務条件が整備されていない。専門職にふさわしい業務内容や給与体系ではないなど、雇用管理体制が整備されていない状況も伺える。以上、事

実上助産師数は十分であり、問題は診療所に就業する助産師が少ないという偏在性であるため、まずは診療所において助産師を獲得するための雇用促進、労働条件の改善を図るべきである」と述べる。

- (3) 厚生労働省医政局看護課が報告する「助産師就業者数（年次別、就業場所別）」では、1947年には総数 55468 人であるが、199 年には、2370 人に減じ、1995 年にはさらに 23144 人にまで減少している。しかし、少子化が進行するなかで、1995 年の総数を最低数としてその後は増加し、1996 から 2000 年までは 24000 人台に増加し、2001 年から 2003 年までは 25000 人台へと増加傾向をたどっている。ただし、菊地らが指摘するように、病院勤務の助産師数と診療所勤務の助産師数は、およそ四対一の数の違いがみられる。また、2002 年度の施設数、医師数、助産師数を比べると、診療所の三種の数はほぼ同数であるのに対して、病院では、医師数に比して助産師数は約三倍となっている。

また、助産師就業場所別人数からみて、病院での医師と助産師の数が適正な数であると仮定するなら、診療所の助産師数は四分の一で、少ない。たしかに不足している。こうしてとくに産科の「診療所」などの閉鎖が続出し、出産を取り巻く環境はユーザーの利便性や希望とは無関係に疲弊しはじめたといえよう。

(3) 施設化・医療化のほころびと原因 その3

—医療法改正にむけた政策—

課題が山積する「出産」に関わる内容として、2005 年から医療法改正に向けた議論が開始され、2006 年 6 月には、同法の「第 19 条」が改正されたことに着目したい。

【2005 年 4 月～11 月 9 日】厚生労働省医政局長は有識者を集め、「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会」を開催し、短期間に合計 13 回にわたり議論をおこなっている。検討会のまとめ報告は、親委員会である「社会保障審議会医療部会」へと送られ、翌春から審議される「医療法改正の基礎資料」として活用された。

検討会のまとめ報告では、意見が対立した「看護師の内診の是非」と「助産師不足という認識や解釈の違い」は両論併記され、また助産所に嘱託医師を配することに関する諸議論が列記された(12)。こうして翌年には医療法が改正された。

【2006年6月21日】第164回通常国会の衆参両院で「医療法」改正が審議され、同日交付、2007年4月1日から施行。

旧医療法第19条は「(助産所)管理者は嘱託医師を定めておかなければならない」と定められ、嘱託医師を確保できるか否かが助産所の開閉や存続を決めてきた。また、母子健康センターの存続・閉鎖の明暗を分けた大きな原因が嘱託医師確保の問題であった。

改定医療法第19条は「(助産所)は厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めておかなければならない」(傍点は筆者)と修正された。

この修正には重大なポイントが二点ある。

第一に、助産所を開所・運営するためには、いままでどおり嘱託医師という「人」の契約をし、加えて病院か診療所という「医療場所の契約」も不可欠となった。つまり、新たな条件が加えられ、改正前より助産所の開所・運営のハードルは高まった。


第二は、具体的な運用規定が「厚生労働省令」に記されると、わざわざ法律に記載された。

その「厚生労働省令」(施行規則と同様、平成19年政令第9号)は、2007年4月に提示された。その要点は次の通りである。

第一に、嘱託医師は産科か産婦人科を担当とする医師であることと、診療科を特定した。

第二に、新たに「産科又は産婦人科及び小児科(新生児診療を担当するものに限る)を有し、周産期医療を提供することができる病院か診療所(入所施設を有するものに限る)を嘱託機関として定めておかなければならない」と、「嘱託医療機関」の厳格な定めが加わり、人だけでなく機関との嘱託契約が設けられた。

表 新・旧の「医療法 第19条」比較

	旧 医療法第 19 条	新 医療法 第 19 条	新 厚生労働省令
制定年		2006 年 6 月 21 日 第 164 回通常国会 同日交付、 2007 年 4 月 1 日施行。	2007 年 4 月 平成 19 年政令第 9 号
本文	「（助産所）は嘱託医師を定めておかなければならない」	「（助産所）は厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及び病院又は診療所を定めておかなければならない」 	第一に、嘱託医師は産科か産婦人科を担当とする医師であることと。 第二に、産科又は産婦人科及び小児科（新生児診療を担当するものに限る）を有し、周産期医療を提供することができる病院か診療所（所施設を有するものに限る）を嘱託機関として定めておかなければならない」
特徴	「嘱託医師」と連携	<ul style="list-style-type: none"> ・「嘱託医師」 ・「嘱託機関と」と連携 ・厚生労働省令の定め追加 	<ul style="list-style-type: none"> ○「嘱託医師」は産科か婦人科に限定 ○嘱託機関を限定 条件 1：産科か産婦人科がある 条件 2：小児科（新生児診療）もある 条件 3：周産期医療を提供できる 条件 4；入所施設を有する

以上、新旧の法律および省令を比べると、嘱託医師の専門分野が、産科か産婦人科と限定され、さらに医療機関を定め、その機関に関する4種もの条件が設けられた。条件1：産科か産婦人科がある、条件2：小児科（新生児診療）もある、条件3：周産期医療を提供できる、条件4；入所施設を有する。このように、助産所の開所・運営に対するハードルは驚嘆すべき高さに設置されたのである。2006年現在、700ほど開所している助産所のなかで、新しい省令下で、どれだけの助産所が開所し続けられるかも疑問視されている（14）。

なお、嘱託医師および嘱託医療機関が助産所に対して担うべき義務は何ら定められていない。先に見た母子健康センター助産部門に対する政策と衰退の歩みが彷彿とさせられる。

総じて、医療法の改正は、医療的安全面を重視、実質的には「助産師による助産所の開所・運営」を難しいものにした。そこには助産師は独立開業するのではなく、病院や診療所のなかで活躍すること（表1の④や⑤のあり方）が期待されているといえよう。

出産環境の悪化を改善することが期待された医療法の改正では、「看護師」や「病院・診療所」に対する改善策以上に、「助産所」に対する医療管理的視点からみたリスク回避対策がめざされ、全面的な改正がおこなわれた。助産所が医療法で科している指示に従うなら、助産所運営は独り立ちできず、助産所の運営を希望・継続すれば、病院や診療所に負担がかかる構造に修正されている。その病院と診療所は、助産師などの不足で閉鎖を余儀なくされ、私営・公営助産所のリスクをサポートする力は十全とは言い難い。

つまり医療法改正の含意は、私営・公営助産所の閉鎖は致し方なく、診療所や病院で働く助産師が増加することが、現況を切り抜ける最適な突破口であるように見える。ここには、冒頭で述べたユーザーに5つの選択肢を十分に提供するという視点はみられず、○5の疲弊に対して、選択肢の1、2、3のどれも活性化されず、むしろ閉鎖を余儀なくされる法改正である。

(4) 日本の現況とWHOが示す出産

<日本産婦人科医会の認識>

社団法人日本産婦人科医会は 2007 年に同ホームページに次のパンフレットを掲載している。ここに 99%以上の出産を担っている日本の産科医師の「安全・リスク・異常・医療行為」に対する考え方の一端を知ることができる。

図 提示 ポイントは下線のみ報告

『日本の産科は世界トップクラス』なのに、今！

安全な分娩管理を受けられない『お産難民』が五〇万人？

日本の産科医療が危機的状況にあります！（略）

誤解その一「お産が安全なのは当然」という「安全神話」（略）

誤解その二「助産師がいなくお産が出来ない？」

世界トップクラスの安全なお産ができる国になった時、マスコミは「分娩に医療行為は必要ない」「お産は自然がいい」と煽りました。某テレビ局の朝の連ドラでも自宅分娩を推奨するような内容のものを放送しました。「自然なお産に医療はいらない」「医師は自然なお産をしない」「助産師は自然なお産を推奨している」だから「お産の中心は助産師だ」、よって「助産師がいな病院や診療所では、お産ができない」という誤解になったのです。

自宅でお産するのが当たり前だった時代、その介助役として活躍したのが“お産婆さん”でした。そして戦後の混乱期で医師も医療施設も少なかった昭和二十三年、医師法の例外的措置として、医療行為を必要としない正常な分娩についてのみ“助産婦（現在の助産師）が行ってもよい”とする法律ができました。医療行為をしないのではなく、やってはいけないのです。行えば医師法違反、つまりニセ医者と同じことです。分娩は、ハイリスクや異常の発生により医療行為が必要になることがあります。そのため、医療行為を唯一認められている医師が分娩の管理をしなければなりません。そして、助産師・看護師・検査技師・薬剤師などのスタッフと一丸となって医療を行って来たからこそ、現在のような“世界トップクラスの安全なお産ができる国”が実現したのです。（傍点は筆者による）

こうした日本産婦人科医会の「ハイリスク - ローリスク、異常 - 正常」などに関する見解は、国際社会のなかでも一般的指標なのだろうか。

(4) 日本の現況とWHOが示す出産

＜WHOの正常産に対する指-「つつましい医療とあたたかいサポート」-＞

1996年に世界保健機構（以降、WHOと略）の「家族と性に関する保健部門・安全に母になるチーム・テクニカル専門グループ」は、「正常産のケア-技術的指針-」を報告した。WHOがワーキンググループを設け、プロジェクトを実施した背景には、医療そのものの質を問い、良質な医療とは、有効な医療とは何を指すのかを追求する目的があり、先進国の先端医療や当然と思われてきた医療をも検証の対象に含めたという（WHO1997、10-13）。

WHOは1996年現在までの入手可能で良質な証拠を蒐集・検討し、専門研究グループでおこなわれた討論をもとに、医学的正しさを検証すると同時に、過剰な医療介入に疑義を呈し、必要なケアとは何か、必要なケアラーの心構えとは何かなどを、「正常産のケア-技術的指針-」として報告している。を報告した次ぎの4つの視点に基づき分析し、結果を発表している。

第一に、明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと（22項目）、

第二に、明らかに害があった効果がないので、辞めるべきこと（15項目）、

第三に、十分な確証がないので、まだはっきりと勧めることができないこと（研究によって問題点が明らかになるまで慎重にすべきこと）（8項目）、

第四に、しばしば不適切に使われたり、不適切に実施されること（14項目）。

また、四つの視点には各々複数の内容が記され、合計「59カ条」のガイドとなっている。

たとえば、第1の「明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと」をいくつか紹介しよう。

・どこで、誰の立ち会いで出産するのかについて、妊婦が個人的に立てる計画をいっしょにつくり、夫／パートナーと適切な場所には家族にも（その内容を）知らせること。

- ・妊娠のリスクの査定を、産前健診のたびごとに、そして陣痛が始まって始めて介助者と接触してから出産が終わる間で、再評価を重ねながら行うこと。
- ・出産する場所について、女性のインフォームド・チョイスを尊重すること。
- ・出産ができそうな安全な場で、しかも女性が安心して自信が持てる場であれば、（医療を提供できる場の中でも）もっとも末端に位置する場で出産のケアを提供すること。
- ・出産中、ケアの提供者が温かく（産婦を）サポートすること。
- ・出産中に、産婦につきそう人（の存在）を、産婦の選択として尊重すること。

他（WHO1997：23-40）

「明らかに有効で役に立つ、推奨されるべき」内容は、「インフォームド・チョイスやインフォームド・コンセントの担保、女性が安心して自信が持てる場所、ケアの提供者が温かくサポートすること」など、一貫してユーザーの主体性が重視・強調された内容である。

また、「出産のその現場で産婦と胎児を十分に観察するのにかわるケアはありません」（WHO 一九九七：四九）と、専門職に従事する人間の目視や経験にもとづく観察が、不確実性を捉えるのに最も有効な手段であると指摘し、さらに、「リスクの査定と合併症を見つけつつ、正常な妊娠と正常な出産のケアをするヘルスワーカーとして最適で、コストの面でも効率のよい人物とは、助産師だといえるでしょう」と最適なケアラーは助産師と結論づけている。

総じて、WHOが発信する二十一世紀の正常出産に対する指針 59 カ条には、「医療技術の乱用に警鐘を鳴らし、過剰な医療に過剰な期待を寄せないこと、過剰な期待はさらに過剰な防衛医療を生じさせる」（WHO 1997：13-18）との姿勢が貫かれている。戸田の表現を用いるなら、「二十一世紀の産科医療は、つつましい医療とあたたかいサポート」が重要だと提案されている。

つまり、日本産婦人科医会の方針と対極にある結論である。

(5) 妊娠・出産に必要な費用と貧困問題

2008年現在一人の子どもを妊娠・出産すると、総額はどのくらい必要なのだろうか。以下に示す料金表は、「社会福祉法人恩賜財団母子愛育会の活動の一環としてつくられた「愛育病院」（昭和13年設置）が示している「妊婦健診を受ける場合の料金一覧」である。

もう一方は、「日産婦医会報（平成20年08・09月合併号）」に掲載された、「産婦人科診療費調査結果」（日本産婦人科医会幹事 清水 康史）のデータ集計である。

表 「妊婦健診を受ける場合の料金一覧-愛育病院の場合

（英文表なし、）

これらを平均すると何のトラブルもない妊産婦の場合、妊娠期には10回から16回ほどは、「健診」に通い、健診に支払った総額は10～15万円程度。分娩・入院費用は施設により異なりはあるものの、約25万（国立大学病院）～40万（産婦人科専門病院・専門診療所等）と試算されている。

また、不安や問題を抱え、おりおり検査を行うたびに料金は追加され、切迫流産、帝王切開など医療的対応が必要となった場合には加算される。夜間・休日の分娩でも料金は上乘せされる。もし妊娠しにくいカップルが、人工授精（一回1万～15千円程度）、体外受精・胚移植（一回30万程度）等をうけた場合には、その料金は極めて高額になる。

○ 妊娠・出産・不妊等に対する費用の公的援助

日本では、妊娠・出産は病気ではないため、健康保険は適用されず、費用は全額自己負担である。ただし、「健康保険法」の第101条に「出産育児一時金：被保険者が出産したときは、出産一次金として、政令で定める金額を支給する。」が設けられ、健康保険加入・支払い者に対する支援がある。子ども一人出産につき35万（双子なら倍）を、当該個人が申請すれば、得ることができる。また、職場や自治体によっては、「付加給付」があり、35万円+αが給付される場合もある。

このように、妊娠・出産には少なからぬ費用がかかり、父親か母親が保健に入っていれば、出産一時金が支給されるが、両親が仕事を持たない場合や、非正規雇用等で国民健康保険に加入していない場合には公的援助は受けられない。

また、健診助成という施策が近年広がりつつある。これは健診代金が無料になるチケットの配布で、最も多い秋田県は平均10・0回、最も少ない大阪府は同1・3回と、自治体間の格差が大きいものの、全国平均では2.8回分の健診が無料になるチケットが配布されている。

このように公的援助策が部分的にとられているものの、妊娠・出産を健康保険適用し、医療制度に安定化させようという方針はない。

(5) 「飛び込み出産」「未受診」の増大と貧困

ここ数年「未受診」「飛び込み出産」という表現を耳にするようになった。

たとえば、妊婦健診を一度も受けず、生まれそうになってから病院に駆け込む「飛び込み出産」が増えているといわれる。

複数の調査が行われつつあり、今後さらに詳細な調査が必要である。その例を報道紙を中心に紹介しよう。

(1) 周産期救急搬送システムの8基幹病院調べ（神奈川県産科婦人科医会調査）

飛び込み出産→2003年は20件、2007年1～4月で35件（通年で100件を越える見込み）

未受診→特徴はリスクの高さと出産費用未払い問題。

(2) 日本医科大多摩永山病院調査（同教員の中井章人教授の調査）

飛び込み出産→1997年1月～2007年5月で、妊婦41人

うち、周産期（妊娠22週～生後1週間）の死亡4例

未受診だった理由で最も多かったのは、「経済的な理由」で12人。

4 1 人のうち 1 1 人は出産費用を病院に支払わなかった。

以上は【2007年11月18日付け朝日新聞 朝刊】より

(3) 総務省調査：2007年『救急搬送の実態調査』

飛び込み出産を理由に医療機関に搬送を拒否された回数→2006年のべ148件

経済的な理由で健診を受けていないケースも多い

(4) 横浜市立大付属市民総合医療センター小川幸医師の未受診者に対する三パターン分析

〈1〉妊娠への対応が分からなかった若い未婚女性

〈2〉低所得の（すでにお産を経験した）経産婦

〈3〉不法滞在の外国人

以上は、読売新聞、2007年11月19日より

貧困のために健診を受けない、分娩代金を支払えない／支払わない妊産婦が存在するという現状が、少子化・超少子化を憂える経済大国のもう一つの姿であり、妊娠・出産という営為にも「格差」が生じている。

さらに「未受診妊婦の実態とその対策について」述べた前田津紀夫（日本医師会雑誌第137号、第4巻別冊、2008年7月、11-14）は、「まじめに受診している妊婦たちへのシステムづくりが最優先であり、彼らへの安全保障なくして未受診妊婦に対するセーフティーネット構築はあり得ないことを忘れてはならない」と「格差」を是認する「まとめ」意見を示している。

(6) 考察と提案

日本の母子保健政策・医療政策に必要な視点

世界保健機構が示す政策に比して、日本の出産に関する政策は、医師主導の医療による身体管理の方向に舵が切られ、双方の進む方向は対極といえる。

「子どもを産みやすい環境と政策」には、いままで何か足りず、今後何が必要なのか。日本の21世紀の出産・助産環境に必要な視点を考えたい。

第1に、既存の政策でもっとも抜け落ちている「ユーザーの視点」に立った良質・安心・安定な妊娠出産環境とはどのようなものかを、もういちど再検討する必要がある。

たとえば、表1の五種の全選択肢をユーザーの選好で選べる環境をつくり出すことは重要で、全出産の7~8割（要確認）といわれる正常産にはもっと助産師・助産所を生かす法改正や制度を考えたい。リスク回避のためにこそ、世界保健機構が提案する「つつましい医療とあたたかいサポート」の59カ条に照らし、日本の出産の現況を真摯に再点検する必要があるだろう。

第2に、クリニカル・ガバナンスの導入と実践である。

現況の日本の法体制では、「医師と助産師」の関係にヒエラルヒーが強い。また、医師が助産師より専門性の低い「産科看護婦」を養成し、助産介助の一翼を信頼し任せていた経緯がある。

こうした関係ではなく、ユーザーにケアを提供する者どうしが、医療や救命活動の情報を共有し、責任を「対等」に担うことを定めた法律が必要だ。とくに助産所に嘱託医師と嘱託機関の確保を義務づけるだけでなく、医師や諸機関にも嘱託を担う義務を示し、協働関係を構築する施策が必要不可欠だ。

同時に、診療所等の産科医師不足や医師の荷重労働を食い止めるためにも、過去に産科研修学院で学び認定を受けたコメディカルを対象に、正式な助産師教育と国家資格取得のための支援体制を提供することが重要だろう。

第三に、出産・助産の政策を構築するうえで、「人間の安全保障」という基本理念を組み込んでいくことが、持続可能な（長期的な）健康・医療環境を保証していくうえで重要である。

「人間の安全保障」とは、すなわち、個々の基本的ニーズの達成、個々の健康と安全の保障など個人へとシフトして捉える理念である。

「国連社会開発会議」（一九九四年）開催時に、国連開発計画が提案した新たな概念である。社会は一人ひとりの人間の基本的ニーズが満たされることによって安定化していく。国境を越

え、社会の底辺で暮らす人たちに衣食住をはじめ、保健衛生や生活の安全を確保し、基本的人権を保障することが、長期的な社会の安全保障を達成していくうえで重要であるという考えが人間の安全保障の基本理念である。つまり、国家を中核として考えられてきた安全保障という考え方を（以下を、上に移動）、

一人ひとりの人間の基本的ニーズを満たすというパラダイムシフトこそ、人間の安全保障という理念であり、先に述べた「ユーザーの視点」と重なるのである。

◎周産期医療ネットのこと？

参照文献（外国語，日本語あいうえお）

- ・ウルリッヒ・ベック（1998）『危険社会——新しい近代への道』法政大学出版局
- ・ウルリッヒ・ベック（2003）『世界リスク社会論——テロ，戦争，自然社会』平凡社
- ・G. エスピン・アンデルセン（2001）『福祉国家の可能性——改革の戦略と理論的基礎』桜井書店
- ・きくちさかえ（1992）『お産がゆく——少産時代のこだわりマタニティ』農山漁村文化協会
- ・杉山章子（2007）「時代が動けばお産も変わる」松岡悦子編『産む・産まない・産めない——女性のからだと生きかた読本』講談社現代新書，92-95
- ・鈴井三江子（2007）「妊婦健康健診の変容に伴う妊婦の身体感覚と胎児への愛着に関する研究」大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士論文，3月
- ・中山まき子（2001）『身体をめぐる政策と個人——母子健康センター事業の研究』勁草書房
- ・中山まき子（2003）「公営助産所はなぜ閉鎖したのか——制度からみた助産婦と医師の関係」根村直美編著『ジェンダーで読む健康／セクシュアリティ I』（健康とジェンダー II）明石書店，155-177

・中山まき子（2005a）「出産の施設化と母子保健事——高度経済成長期の転換」佐口和郎・中川清編著『講座福祉社会 第2巻：福祉社会の歴史——伝統と変容』ミネルヴァ書房，353-379

・中山まき子（2008）「出産のリスク回避をめぐるポリテックス」川越修・友部謙一編著『生命というリスク』法政大学出版、

・藤田真一（1979）『お産革命』朝日新聞社

・WHO 編（1997）（戸田律子訳）『WHO の 59 カ条お産のケア実践ガイド』農山漁村文化協会（World Health Organization, *Care in Normal Birth: a practical guide*, Report of Family and Reproductive health, Safe Mother food Unit Technical Working Group

産科医師不足を招いた要因

<今回、私が指摘した要因および原因>

1. 2001年 1962年～の産科看護婦の養成・産科看護婦の助産行為（内診）の禁止：

参考となる数：1990～1999 までの入学者 6,144 人、この人々の助産行為禁止

2. 2002年 11月 14日、2004年 9月 13日 厚生労働省の上記1を禁じる通達

3. 2006年 8月 24日 横浜市堀産婦人科病院の強制捜査、11人の看護師・准看護師に対する保健師助産師看護師法違反での書類送検（2007年 2月 1日＝起訴猶予）

<厚生労働省、日本産婦人科医師会等の指摘>

・産婦人科に女性医師が増加。免許取得後 10年で半数が分娩から離れている。理由は妊娠中も当直が減らず、育児休暇制度が不十分。

確かに産婦人科に女性は少なくない。とくに若い女性医師は少なくない。ただし、統計的には全診療科の中で、「診療科別女性医師割合」では、

◎平成 16年度については女性割合は第 5 位。

第1＝皮膚科、第2＝眼科、第3＝小児科、第4＝麻酔科、第5位＝産婦人科、第6位＝診療内科

◎平成18年（2006）では、

第1＝内科、第2＝眼科、第2＝小児科、第3＝研修医、第4＝皮膚科、第5＝精神科、第6＝産婦人科

- ・2004年度開始の臨床研修医制度改革（義務研修）で、義務化から自由選択へ。出身大学ではなく都市部の有力病院を選ぶ新人医師が増加（制度開始前と後：7割から5割に）。地方の大学病院の人手不足が深刻化。

- ・大学が派遣していた地方病院（地方中核病院の産科）の医師を大学に戻した（引き上げた）。

常勤派遣を受けている病院の4分の1，非常勤派遣を受けている病院の3分の1の医師が引き上げを経験？

- ・病院の産科医師は当直が多い。当直開けに日勤をこなすなど労働環境が厳しく、過重労働。
- ・開業医に比して、勤務医の給料が低額。激務に見合った報酬を得ていない。
- ・産科は24時間・365日休みがないが他の科の医師と給料差がない。」
- ・若手医師が産科を目指さない。産科を目指す医学生数の減少（激務、訴訟の多さ、他）
- ・産科は診療過誤訴訟が多い

現在の厚生労働省の対策とは

- ・平成19年5月14日～ 人点戦略検討会議 「安心して生み育てられる産科・小児科医療体制の構築」を発表
- ・平成20年7月17日～ 「安心と希望の医療確保ビジョン」会合 全10会のまとめ
- ・平成20年9月22日 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会
全7回実施の中間とりまとめ