

少子化対策への一提案 ― 出産について考える

加 藤 文 子
実践女子大学人間社会学部

1. はじめに

わが国において少子化問題が議論され始めて久しいが、今年は出産をめぐる注目すべき問題がいくつか起きた。なかでも民間一病院による『赤ちゃんポスト』設置が大きな話題となったことは記憶に新しい。また、救急搬送中の妊婦を受け入れる病院がなかなか見つからないまま死産が確認されるといういたましい事件もあった。これらのことは少子化問題とは別の視点で考えられているが、わが国の少子化対策において欠けている共通の何かを提示しているように思われる。それは出産をめぐる諸問題への取り組みではなかろうか。

現在、少子化対策としてすでに実施されているもしくは実施予定の主な施策は、保育所関連とパートタイムを含む女性の労働環境改善である。また近年では、男女共同参画やワークライフバランスなどといった女性が仕事と家事・育児を両立し、家族や職場といった周囲もそれを理解し支える動きもではじめてきた。これらは望ましいことであり女性のライフスタイルをより多様なものとしつつある。

しかし真に少子化を憂うならば、こうしたものに加えて妊娠から出産そのものに伴う様々なサポートを総合的に考えていかねばならないのではなかろうか。筆者自身数年前に出産を経験し、多くの疑問にぶつかった。また、現在実際に妊娠中であつたり、子育て中の方々の声を耳にするとき、必ずといっていいほど「出産する病院を探さなければならない」という意見に触れる。「出産後、無事に育てていくことができるのか」とか「出産後の職場復帰」といった問題は、いくぶん公的に支援や法整備がはじめられてきたことについては上述のとおりであり、それをプラスに評価したいのであるが、今回はまず誰もが安心して子どもを産むことができる環境を整える必要について2つの問題を取り上げて考えていきたいと思う¹。

2. 赤ちゃんポスト問題

2007年5月10日付の朝日新聞は「様々な事情で子育てできない親から新生児を匿名で預かる『赤ちゃんポスト』の運用が10日正午から、熊本市の慈恵病院（蓮田晶一院長）でスタートした」

¹ 出産をめぐるのは今回取り上げる事例のほかにも代理出産をはじめ多くの問題があるが、紙幅の都合上本稿ではこの2点にしぼって検討することとする。

と報じた。この制度については病院側がポストの設置構想を公表した時点から賛否両論さまざまな意見がだされてきたが、まだ問題の本質的解決に向けての議論が尽くされたとは言いがたいのではなかろうか。そこで本稿では『赤ちゃんポスト』設置に伴って提示された賛成派と反対派および行政の見解を改めて整理し、少子化政策の一環として新たな方向性を打ち出すことが可能かどうかについて検討していきたい。

まず、新聞記事をもとに今回の『赤ちゃんポスト』問題を時系列で整理してみると、以下のようになっている。

- ①2006年11月9日(朝日) 病院側が『赤ちゃんポスト』の導入を決定。
医療法・児童福祉法・刑法(218条:保護責任者遺棄)などに抵触しないか等を設置申請許可者の熊本市が検討。
- ②2007年2月22日 厚労省と熊本市が設置について話し合い。
(2007年2月23日付朝日) 「法的に違反するとは言いきれない」と口頭で見解を発表。
熊本市は文書での回答を要求。
- ③2007年3月6日(朝日) 厚労相は『赤ちゃんポスト』巡る見解を文書回答することに消極的。
- ④2007年4月6日(朝日) 熊本市『赤ちゃんポスト』の設置申請を許可。
- ⑤2007年5月2日(読売) 1日、病院敷地内に『赤ちゃんポスト』完成。病院への電話相談はやくも30件。
- ⑥2007年5月10日(朝日) 10日正午から『赤ちゃんポスト』運用スタート。
- ⑦2007年5月15日(読売) 最初に預けられたのは3歳児。
「捨て子を助長する」と設置に慎重だった人たちから改めて疑問の声があがる。
柳沢厚労相(当時)は「あってはならないこと」とポストについて改めて否定的な見解。ただし「児童相談所等でしっかり後のお世話をしなければならぬと考えている」とも述べた。高市少子化相(当時)は「子どもを産み育てることは親の責任で…親に…児童相談所などに相談してもらいたい」と話す。
(朝日) 「国としても地方自治体としても相談できる体制をつくっている…そういうところを活用してほしい。本来は自分の子どもを置いてきてしまう、匿名で捨ててきてしまうことはあってはならない。」と安倍首相(当時)談。
- ⑧2007年5月27日(読売) 26日『こうのとりのゆりかご²』についてフォーラムを開催。

² 通称『赤ちゃんポスト』と呼ばれており本稿でもその名称を用いるが、慈恵病院では『こうのとりのゆりかご』と名づけられている。これはポストという名前のもつ「投げ入れる」「ものを隠して保管する暗い箱」といった一般の悪いイメージを払拭するねらいもあろう。設置当日にかかってきた多くの電話のうち、半数以上はポストという言葉への苦情だったという(週刊朝日2007年6月1日号32ページ)。

県弁護士会主催で、慈恵病院副院長・市健康福祉局総括審議員・県中央児童相談所課長と市民約100人が参加。ゆりかごの特性や運用上の課題などを議論。

⑨2007年6月4日(読売) 3日、病院側が改めて「情報は半年ごとに開示する」方針表明。内容は利用件数・性別・健康状態など。一方、市は個人情報保護の観点で年1回人数のみの公表を想定しこれに否定的。

⑩2007年8月16日(読売) 熊本市と県が『赤ちゃんポスト』の運用状況や課題などを短期的・中期的に専門家組織で検証へ。

短期的検証組織は市要保護児童対策地域協議会の下部組織で外部の専門家数名による「こうのとりのゆりかご専門部会」。明らかに違法な状態がないか、子どもの安全が確保された形で適正な運用がなされているか、につき3ヵ月に1回検証。中期的検証組織は「こうのとりのゆりかごをめぐる課題の検証会議」。県と市が設置し、児童福祉や母子保健関係の専門家・法医学者ら数名が「ゆりかご」が必要とされる社会的背景や10歳代の性教育のあり方といった課題などを話し合う。

⑪2007年9月27日(読売) (中期的) 検証会議で情報公開のあり方も議論する方向へ。子どものプライバシー保護を理由に情報を出さないのもわかるが、問題の本質が隠れぬよう利用状況などをどこまで公開できるかについても検証してほしいと要望。

⑫2007年10月4日(読売) (短期的) 専門部会が運用状況の検証作業終了。市が設置許可の際に病院側に示した留意事項である子どもの安全を確保できる設備と運用・保護者が相談しやすい体制の確保・預け入れがあった際の関係機関との連携などの点についてメンバーが意見交換。

⑬2007年10月26日(読売) (中期的) 検証会議が初会合、病院対応に「違法性なし」。預けられた人数・状況などは個人情報にあたるとして公開せず。市は預け入れの人数のみを年1回公表する方針。

⑭2007年11月10日(読売) 『赤ちゃんポスト』運用半年。公表の在り方を模索中。半年で8人(男7人女1人)が預けられ、うち男児1人が親に引き取られた。市や県による検証の内容は明らかにされず、情報公開についての識者の見解も積極的情報開示による社会的検証への発展を望むものとプライバシー保護を重視した慎重論に分かれる。なお、この1年で病院への相談は電話だけでも360件以上、うち7割が県外からの相談であるとしている。また、相談をきっかけに21人が特別養

子縁組で養親に引き取られたという。市にも半年間で480件以上の相談が寄せられたことから、市長は「全国的に相談体制を拡充する必要がある」と国に対策強化を求める考え。

⑤2007年12月12日(読売) 『赤ちゃんポスト』7ヵ月で計11人に。

上の記事⑦にあるように反対派の主な主張は「子捨てを助長する」というものである。すなわち「産んでも預ければいい」という安易な考えが広がり、育児放棄に手を差し伸べる形になってしまう³のだという。ポストの存在を認めれば、育てたくなければ捨てる(すなわちポストに預ける)という行為が社会的に容認されると考えている。そこで「無責任な親や子どもたちが多くいる社会で、社会が面倒を見ることが容認されることが怖い…捨て子という犯罪行為の受け皿が社会であってはならない⁴」と述べ、『赤ちゃんポスト』ではなく他の方法が必要であるとして公的相談窓口の増設と内容の拡充・(実名で)子どもの一時預かりを行う等の提案をしている。あくまで出産と育児を切り離さず、母親個人の責任を重視する立場と考えてよかろう。一方の賛成派は「捨てられ失われる命を救いたい」という。その背景には中絶や養育放棄などで多くの命が失われている実態がある⁵。『赤ちゃんポスト』を設置した病院の理事長も「赤ちゃんポストは最終手段」と強調した上で、母親たちが誰に何を相談していいのかわからない状態…(から脱して)ゆりかごの存在を知ることによって相談に訪れやすくなる⁶と述べ、ポストを含めいくつかの方法を提起・実践し、子どもの命を守っている。「命は神様からの賜物である」という同院のキリスト教的信念に基づき小中高校の性教育へ助産師を派遣し、養育が困難な妊婦に養子縁組の仲介もしてきた⁷。また、15年以上にわたって妊娠・出産に悩む女性のための電話相談も行ってきた。『赤ちゃんポスト』の設置を契機にこうした民間の活動が大きく取り上げられるのは、母親への公的支援がまだまだ足りないからではないかと考えれば、このことが前述の反対派の求める対応と同様に公的窓口の拡充などを促す契機となるかもしれない。出産と育児について、母親のみが絶対的に責任を負わねばならないとの考えではなく、生命の尊厳はもちろんのこと、母親を支え子どもを助ける新たな社会的セーフティネットが必要な場合もあり得るという視点で、問題提起をすることができたのではなかろうか。

しかし、今回の『赤ちゃんポスト』は、あくまで民間の一機関が私的に行う緊急避難的措置であり、まだ様々な点が検討されねばならない。まず、代表的なものは反対者の多くが述べている「保護責任者遺棄」と「子どもの出自を知る権利」についてである。匿名で子どもを預けること

³ 週刊朝日 2007年6月1日号 30ページ。

⁴ 同上 31ページ。

⁵ 読売新聞 2006年11月29日。同記事は「厚労省によると捨て子の相談件数は年間200件前後。2005年度の人工妊娠中絶は28万9,127件。また2004年に虐待で死んだ子ども58人のうち7人は母親が自治体に妊娠を届けず自宅などで産んで数日後に命を奪われたケース」として問題の中核は子捨てよりも他の点にあるのではないかと浮き上がらせている。

⁶ 読売新聞 2007年5月2日。

⁷ 読売新聞 2006年11月29日。

ができる今回の制度では、『赤ちゃんポスト』を利用する前に親が電話や面談で相談した場合や、ポストに何か手がかりが残されていた場合には親を特定し、問題を追及する契機がある。しかし、そうしたものが一切なければ解決は難しくなるであろう。ただし、前者について病院は預け入れがあった直後に新生児の健康状態を確認し、警察や市・児童相談所に連絡をすることになっており、遺棄に伴う新生児の生命身体への危険は回避される。そのため病院側に責任が生じることはないと思われる。また病院側の行為が遺棄の幫助にあたるかどうかは、保護責任者遺棄が成立するかどうかの判断を待たねばならず、すぐには言及できない。なお、(保護責任者遺棄という)犯罪が成立するかは個々の事案について判断されるが、もし犯罪が成立した場合にはポストの存在意義その他が刑事罰のみならず社会的にも問題とされ、その責任が議論されると考えられる。一方、後者とも関連する問題は、実の両親と新生児の親子関係についてであろう。病院側は、後に親が名乗り出た際にこれを特定する一助となる割符を『赤ちゃんポスト』に設置している。しかし、子どもの側から親を特定することは困難である。このため親の血液型を残すなど何らかの対策も必要といった指摘もある⁸。また、実際に子どもたちが成長してゆく過程で受ける精神的ダメージ等についても今後様々な対策が考えられねばならないであろう。親に恵まれなかった子どもへのケア(社会的養護)は社会の責任⁹であるとの意見も少子化対策の観点からは大いに参考にすべきだと思われる。

さて、行政側は今回の件にどのような姿勢で対応しているのだろうか。『赤ちゃんポスト』が先駆的事例であり、また私的な設備であること等も鑑みて政府は積極的見解を述べることは避けている。しかし「お父さん、お母さんが匿名で赤ちゃんを置き去りにするのは…政府として認めるということはありません¹⁰」と安倍首相(当時)は述べており、否定的であることはまちがいない。厚労省は倫理的な面からも「保護者が子どもを置き去りにするのは本来あってはならない行為」とする通知を都道府県などに出し、児童相談所や市町村の相談窓口の周知徹底・妊娠で悩む女性への援助の充実などを要請した¹¹。ただし全面否定のみがなされているわけではなく、柳沢厚労相(当時)は「ひとつの救いを提供する意味もある」とポストの意義を認める発言もしている¹²。とはいうものの、上の記事⑦の高市少子化相(当時)の発言に端的に示されているとおり、政府は「子どもについての責任は親にある」と考えているようである。個人の問題であるから自己責任において対応すべき、とまでは断言しないものの『赤ちゃんポスト』への具体的対応は所管の市と県に一任した状況となっている。一方、実際の対応を迫られた市はまず②にみられるように児童福祉法・医療法・刑法 218 条の保護責任者遺棄などの関連で状況を判断し、厚労省とも対応を協議した上で④の設置許可に踏み切った。その後実際に運用がスタートすると⑦のような 3 歳

⁸ 同上。

⁹ 杉山春「ルポ“赤ちゃんポスト”は虐待を減らせるか 実の親には子育てを任せられない時代」中央公論 2007 年 9 月号 47 ページ。

¹⁰ 朝日新聞 2007 年 4 月 6 日。安倍首相(当時)は記事⑦においても同様の見解を示している。

¹¹ 同上。

¹² 読売新聞 2006 年 11 月 29 日。しかし、同大臣はこの発言の一方で「あそこに行けば子どもから離れられるという気持ちを助長する懸念もある」との見解も示している。

児が預けられるという想定外の事態が起こり、⑧のフォーラムにおいて専門家や市民の意見を聞くという試みがなされた。そこでは「子どもの権利条約」にある『出自を知る権利』と『生命を保持する権利』について、まず命がなければ他の権利が保障できず、命が何より大切との意見が出されたが、匿名性の是否や子捨て助長の懸念については上述の議論同様の反対論・賛成論が話し合われた。さらに「子育てに関してどんな公的支援があるか知られていないのが問題。親子が安心して生活できるよう、社会や周囲の人の支援があれば望ましい」との病院側の考えが示されたのに対し、総括審議員は「答えは極めて難しい。レイプによる 10 代女性の妊娠など急迫した状況が想定されるものの、親が子を捨てることを理解できないという声があるのも事実」と話し、県中央児童相談所課長は「周りに支援者がおらず…子どもを捨ててしまう。相談さえあれば道筋を探ることができる」と相談の重要性を訴えた。こうした相談窓口がいかに必要とされていたか、またはその存在が知られていなかったについては④に示された病院と市への相談件数をみれば理解できるであろう。⑦で首相（当時）のいう「国としても地方自治体としても相談できる体制をつくっている」というのがどれほど不十分で認知されないものだったかも見てとれる。また上述のように厚労省が児童相談所や市町村の相談窓口の周知徹底・妊娠で悩む女性への援助の充実などを要請したことについても具体的対策を示したのではなく、各自治体にその対応を任せているためまだまだその実現は地方ごとに格差もあろうし不透明である。さらに、10 代女性の妊娠については性的モラルの低下も当然に考えられなければならない、これは女性のみには責任があるかのように言われる妊娠出産について、低年齢からむしろ両性にしっかりとした教育をすることが必要であろう¹³。このことは現在社会的に暗に容認されているきらいのある人工妊娠中絶についてもその膨大な数を減らしてゆく契機となるのではなかろうか。『赤ちゃんポスト』よりもはるかに多くの子どもの命がかかった重要な問題であり、少子高齢化を深刻に議論するならばこの点もしっかりと目をむけるべきではないか¹⁴という意見もある。さて、その後市および県は⑩から⑭にみられるように、実際数名の『赤ちゃんポスト』利用例があったことも含めて新たに運用や課題・情報公開のあり方などについて議論・検証しており、一部「病院側の対応に違法性なし」との報告もされている。このことは前向きな『赤ちゃんポスト』運用への取り組みと評価してよいであろう。しかし残念なことにこうした作業の内容については個人情報保護の観点から非公開であるため⑭にあるように慎重な対応がなされており、今のところ社会的検証への発展は望めそうにない。

こうして整理してみて、まずは賛否両論のあるなかで『赤ちゃんポスト』の設置運用に踏み切った病院側の行動を筆者としては評価したい。なぜなら第一に実際に運用がなされている「赤ちゃんポスト先進国」のドイツでは、2000 年に初の赤ちゃんポストを設置し現在国内 80 ヲ所に開設されているというが、年間 40 人ほどが毎年預けられるだけでこれまで人数は増えていない¹⁵ということ

¹³ 潮 2007 年 10 月号 263 ページ。

¹⁴ 婦人公論 92 巻 16 号 63 ページ。

¹⁵ 蓮田太二『『赤ちゃんポスト』設置の決意』Voice 2008 年 7 月号 117 ページ。アラン・ホール「赤ちゃんポストの欧州事情」NEWSWEEK 日本版 2007 年 3 月 14 日号 23 ページによれば、これまでに計 150 人を保護したとなっている。

があげられる。このことから、『赤ちゃんポスト』の存在が子捨てを助長するとは言いがたいのではないと思われるからである。もちろん、わが国における状況については今後の経緯を見守りつつ考えていかねばならないであろう。第二に相談窓口としての役割の大きさである。④にあげたように、問題を抱えた女性たちは相談できる相手を必要としており、その存在が知られていなかったことについては上述のとおりである。筆者自身も出産を経験し現在子育て中であるが、信頼できる相談相手というのはなかなかいない。また、同様に子育てをしている母親達の声を聞く機会も多いが、彼女達の悩みも同じ点である。みな親元を離れて夫婦と子ども（もしくは母子）だけの生活をしており周りに頼る人はいないという。支援センターや保健所・公立保育園等で担当の保育士や保健士・看護師に話を聞いても「こうして相談に来られるお母さん達は様々な不安や悩みを抱えているけれど私達が少しでも話を聞いてあげるだけで楽になるようです。実際にもっと深い悩みを抱えているだろう方は家から一步も出られず、子ども（胎児も含む）と二人きりのどうしようもない息詰まるような時間をすごしておられると思います。そんな方が多くいらっしゃることはここ（支援センター等）に来られる方々やお子さんの定期検診時の相談などからも推測できますね。何かできないだろうかと考えても現状では保育士と保健士・看護師の人数や時間的制約などから難しく新たな対策はないものかと頭を悩ませてしまいます。」との答えがほとんどであった¹⁶。このことから、相談窓口としての病院側の対応には、現場ならではの深い考えがあったであろうと思われるからである。また、増え続ける児童虐待についても、こうした相談窓口の存在がその歯止めをかける役割の一端を担うことができるのではないかと期待もある¹⁷。母親がほとんど孤立した状態で妊娠出産や子育てを経験していることが一般的な現在の状況下において、政府をはじめ行政には実際に子どもを産み育てることに伴う様々な困難への理解がまだまだ足りないのではなかろうか。この問題からはそういった点が浮かび上がったようである。また、妊娠出産を自己責任にのみ依存している現状では一般的に子どもには親がいるし、それが当たり前だと思われている。したがって親のない（もしくは分からない）子が蔑視されるという事態¹⁸は避けられないのであって、このことが里親制度や特別養子縁組がうまく機能しない¹⁹所以になっていないだろうか。障害のある子どもへの差別も同様である。こうした差別をなくすためにも『赤ちゃんポスト』のような社会的受け皿の存在は容認されて然るべきであり、預けられた子ども達も一般の（親のいる）子ども達も同様に社会の大切な宝として暖かく育てていく協力体制を地域社会や国家として一般化させるという方向を打ち出してゆくことが必要ではないだろうか。

¹⁶ 筆者が平成 18・19 年度を通じて長男とともに訪れた川崎市のいくつかの施設などで担当の方々にお話を伺ったり、子育てを通じて知り合ったさまざまな立場の方からの意見を参考にさせていただいた。なお、子育てをめぐる問題の詳細については紙幅の都合上別の機会に譲るものとする。

¹⁷ 前掲杉山(中央公論 2007 年 9 月号)参照。

¹⁸ 読売ウイークリー 2007 年 9 月 23 日号 90 ページ～92 ページ参照ほか。

¹⁹ 日本では里親が決まりにくいといわれるが、里親希望者は約 8,000 人いるという。希望者からは「行政の対応が悪い」「機能していない」といった声が多く聞かれる(前掲週刊朝日 2007 年 6 月 1 日号 33 ページ参照)。また、欧米では親に育てられない子どもの 7～8 割が里子として養育されているのに対して日本は僅か 9%でしかなく、その理由として制度自体の認知度が低いこと・児童相談所や施設が里親へ子どもを預けることに消極的であること・実の親から承諾が得られにくいことなどがあげられる(同上読売ウイークリー参照)。

3. 救急搬送中妊婦死産問題

2007年8月、奈良県で救急搬送中の妊婦の受け入れ先がなかなか決まらず、車内で死産するという事件がおきた。このことにはさまざまな要因が関係していると思われる。産科医の減少と出産を取り扱う病院数の減少、救急搬送と病院側の連絡体制不備、妊娠出産と健診・かかりつけ医の問題などである。ここでは事件の概要をふまえた上でそれぞれの点について検討してゆきたい。

新聞各紙によれば29日午前5時10分ごろ、大阪府高槻市富田丘町の国道171号交差点で、奈良県橿原市から女性(36)を搬送していた中和広域消防組合(橿原市)の救急車が、同府茨木市の自営業男性(51)運転の軽乗用車と衝突したという。女性は高槻市消防本部の救急車に移し替えられ約40分後に高槻市内の病院に運ばれたが、妊娠7ヵ月ですでに死産であった。女性は奈良県立医大病院(橿原市)と大阪府内の計9病院で受け入れを断られ、高槻市内の病院が10ヵ所目だったとのことである。最初に通報を受けてから搬送先が決定し救急車が出発するまでに1時間半以上を要していた。医師から要請のあった妊婦については受け入れ病院を探す仕組みがあるが、今回は女性にかかりつけ医がいなかったため消防が各病院に直接受け入れを打診せざるを得ず、搬送先の決定に時間がかかったとみられる。奈良県には危険な状態にある妊婦らを対象にした周産期医療ネットワークが存在し、県立医大病院などを窓口を受け入れ先を探すことになっており、新生児集中治療室などを備えた43病院がパソコン端末で空床状況などを共有する大阪府の「産婦人科診療相互援助システム(OGCS)」に協力を求める仕組みもある。しかし原則としてこれらはかかりつけ医の要請に基づく病院間の転送に限られているため今回は機能しなかったという。

まず問題となるのは、なぜこれほど多くの病院が受け入れを拒否したのかということであろう。その背景には産科医療の現場に起きている異変がある。すなわち全国のお産を支えてきた病院から産婦人科医が立ち去り、産婦人科を閉鎖する病院が相次ぎ、産みの場が失われつつあるということである²⁰。ここ数年で産科の衰退は急激に進んできた²¹。そのため妊婦の受け入れ制限・出産の予約制などを行う病院も増えている²²のであり、事件当日も多くの病院がわずかな医師数ですでに入院中の妊婦の出産や手術をこなしたり急患の対応に追われていた²³という。病院のベッドが満床という病院もあった。こうした状況が重なって妊婦の搬送先決定にかなりの時間を要したわけである。

次に救急搬送と病院側の連絡体制不備についてみると、かかりつけ医がいらないという不測の事

²⁰ 和田努「医療 新たな胎動⑦産科医療の現場—深刻な医師不足と再生への道」健康保険2006年11月号46ページ。

²¹ 永田宏『貧乏人は医者にかかるな！ 医師不足が招く医療崩壊』集英社新書0413-I(2007年)12ページ以下参照。ほかに新聞をはじめマスコミ等で日々この問題はとりあげられている。

²² 和田努「医療 新たな胎動⑧“出産難民”の深層と解決策」健康保険2006年12月号74ページには朝日新聞横浜総局主催のシンポジウム『どうなるの？ お産』(2006年10月28日開催)のひとこまとして「少子化対策が叫ばれているのに、あまりにもお産がないがしろにされています。お産の予約に診療所に行っても、うちでは予約が一杯でお受けできませんので、ほかを探してください、と言われます。妊婦さんの不安はすごいです。妊娠する前に予約しなければならないのでしょうか？」というコメントが紹介されている。

²³ 読売新聞2007年8月31日・9月1日付の記事によれば、三度受け入れ要請を断った奈良県立医大病院の当直医はお産の診察や急患の対応に追われ一睡もしていなかったという。

態だったがゆえに周産期医療ネットワークも OGCS も機能しなかった点がまずあげられよう。前年 8 月に同県大淀町立大淀病院で分娩（ぶんべん）中に意識不明となった高崎実香さん（当時 32）が、計 19 病院に転院受け入れを拒否され、収容された大阪府内の病院で出産から 8 日後に死亡したケースがあったのを契機に奈良県の制度がつけられたのであるが、この事件では再び「緊急時のための医者と病院があるはずなのに受け入れ体制を作れないことが一番の問題」という結果になった、と高崎さんの夫は語った²⁴。また、かかりつけ医がいない患者の場合は妊婦や胎児に異常があっても分からないため妊婦死亡や死産などの「事故」が起きた場合には受け入れた産科医が訴訟リスクを背負うことにもなりかねず²⁵、病院側が受け入れを拒否することも考えられるので、救急との連絡は受け入れ決定の重要なポイントとなろう。さらに今回の事例の場合、救急の要請を 3 度受けた県立医大病院の医師は急患の診察中で「後にしてほしい」と伝えたのであって断ったつもりはないという²⁶。救急隊が患者の状態をできる限り正確に病院側に伝え、多忙な医師のことは的確に理解して行動できるかどうかもち大切であることがわかる。

女性がかかりつけ医を持たず、健診を受けていなかった点についてはどう考えられるか。上述のとおり受け入れ産科医は患者と胎児の情報がないまま対応をしなければならず、受け入れ拒否以前に母子ともに健康状態がわからず、生命そのものや感染症など危険性が高い。健診を受けない結果の「飛び込み出産」について（1）20 代前半の未婚女性で妊娠にどう対応していいかわからなかった（2）低所得世帯の経産婦で健診を受けなくても大丈夫と思った（3）不法滞在中の外国人 ― の 3 パターンに大きく分けられるという調査結果²⁷がある。また別の分析では未受診の理由で最も多かったのは「経済的な理由」であった²⁸。女性の年齢と二つの調査結果から、今回の問題は経済的理由にあったと推察される。健診費用は 1 回 5 千円から 1 万円程度で、厚生労働省によると健診は 14 回程度が望ましく、最低 5 回は必要である。だが自治体の公費助成は平均 2.8 回にとどまるのが実情であり、健診だけで 10 万円前後の負担となってしまう²⁹。決まった住まいがなく仕事もアルバイトや派遣社員である場合などの女性にとって経済苦は深刻だ³⁰。

ここまで、事件から浮かび上がった 3 つの問題点を挙げてきた。次にその原因と対策等について考えてみることにする。

先に述べたように、「命の最前線」ともいうべき産科と小児科で医師が不足していることについて、マスコミの報道あるいは身近な出来事として実感している人も少なくないだろう³¹。事実、全国の産婦人科医の数は 2006 年に初めて 1 万人を割り 9,592 人となったとの調査結果を厚生労働省は

²⁴ 読売新聞 2007 年 8 月 30 日。

²⁵ 朝日新聞(千葉)2007 年 12 月 21 日。

²⁶ 読売新聞 2007 年 8 月 31 日・9 月 1 日。

²⁷ 朝日新聞(神奈川)2007 年 10 月 14 日。横浜市大付属市民総合医療センターの小川幸医師が同病院で 00 年から 07 年まで 8 年間にあった飛び込み出産計 53 件のケースについて分析したもの。

²⁸ 朝日新聞 2007 年 11 月 18 日。日本医科大多摩永山病院の中井章人教授が 97 年 1 月から 07 年 5 月に同病院で飛び込み出産をした妊婦 41 人を調査したもの。

²⁹ 同上。

³⁰ 前掲朝日新聞(神奈川)2007 年 10 月 14 日。

³¹ 前掲本田 18 ページ参照。

発表した³²。調査によると06年末時点の医師総数は27万7,927人で、04年の前回調査に比べ2.8%増となり、10年前に比べると15%増えたことになる。一方、産婦人科は10年前に比べて12%減である。病院の産科医・小児科医が過重労働で病院を辞め、若手産科医が激減し、すでに適切な医療が行えなくなっているといっても過言ではない³³。なぜこのような事態になったのだろうか。まず産科医が抱える問題について分析すると ①代休のない当直という名の夜間勤務 ②維持紛争・訴訟リスクの高さ ③仕事に見合う報酬がないという3点に集約されるという³⁴。病院に勤務する医師の9割近くが夜間当直の翌日も通常勤務を行っていることが、日本病院会の調査でわかった。この過剰な勤務は医師の慢性的疲労を引き起こし、さらには医療過誤などの医事紛争の原因ともなっている³⁵。日本のお産医療は戦後急速に発達し、周産期死亡率の低さは世界最高水準に達し、妊産婦死亡率もトップクラスの低さを誇る。お産は安全で当然だと思うから医療ミスはよけいに激しく糾弾されるのである³⁶。このことは若手医師が産科医となるのを敬遠する充分な要因であろう。産科に医療紛争が多いのはわが国のみに限ったことではないため、生命現象そのものを診療対象とする診療科の特性かもしれない。だとすれば産科への訴訟圧力の緩和を制度的に保障する必要が生じるといえる³⁷。すなわち訴訟の多い産科領域への無過失補償制度の導入が早急に行われなければ産婦人科志望者はさらに減少することになるであろう³⁸。報酬については、日本産婦人科学会が平成19年度に入って具体的な行動計画として策定した産科医療体制関連アクションプランに基づいて、産科医療現場を支援するための活動を開始しており³⁹、特に「周産期救急現場の医師への適正な救急対応手当・分娩手当の支給」については最重要課題として取り組み、医師不足の中で過酷な勤務に従事せざるをえない現場の産婦人科医の立場を支援してゆくことにしている⁴⁰。

³² 朝日新聞 2007年12月22日。以下のデータも同様に参照。

³³ (座談会)児玉・海野・木下・藤村・佐藤「産科・小児科医療の改革－実現可能な取り組み」日本医師会雑誌平成19年10月号(136巻7号)1,269ページ。

³⁴ 高橋恒男「特集－産科・小児科医療の現状と課題 病院産科医の現状」日本医師会雑誌平成19年10月号(136巻7号)1,286ページ。

³⁵ 読売新聞 2007年4月12日。1ヵ月の夜間当直の平均回数は2回以内がもっとも多く41.9%だったが5回以上も17.1%いた。夜間当直の翌日の勤務については「忙しさと無関係に普通勤務をせざるを得ない」が88.7%を占め「半日以上の代休がある」「特に忙しかった当直の翌日のみ少し仮眠が取れる」という回答は合わせて10.8%に過ぎなかった。一週間の勤務時間も23.2%が法定労働時間40時間を大幅に上回る「64時間以上」と回答した。

³⁶ 「医療崩壊が女性と子どもを襲う 消える産科、縮む小児科『いのちの医療』の危機」週刊東洋経済 2007年4月28日－5月5日号47ページ。さらに2008年3月21日に福島地裁で「帝王切開手術のミスで女性を失血死させた」として検察側が医師に禁固1年求刑しており、こうした動きが常態化しつつあることがうかがえる。

³⁷ 海野信也「特集－産科・小児科医療の現状と課題 産科・周産期医療の現状と日本産婦人科学会アクションプラン」日本医師会雑誌平成19年10月号(136巻7号)1,291ページ。

³⁸ 竹田省「特集－産科・小児科医療の現状と課題 産科・周産期医療の現状」日本医師会雑誌平成19年10月号(136巻7号)1,284ページ。読売新聞 2008年3月22日付によれば、出産時の医療事故で脳性まひとなった障害児に対し、医療機関側に過失がなくても補償する「産科医療補償制度」の運営組織が設置されることが決まったという。今後は障害児のみならず、母体を含め様々な事態に対応する補償の検討が早急に望まれるところである。

³⁹ プランの詳細については http://www.jsog.or.jp/news/pdf/actionplan_h19_06_16.pdf を参照されたい。

⁴⁰ 前掲海野 1,293ページ。

さらに産科医をめぐる現状として注目しなければならないのは ①医師の高齢化と女性医師の割合の増加 ②新医師臨床研修制度導入の影響と分娩施設の減少、という点である。前述のように全体としての医師数の増加に反し産婦人科医数は減少を続けている。なかでも他の診療科と異なる点は 60 歳以上の世代が占める割合が高いため⁴¹、彼らが引退しないうちに構造改革がなされなければ現状に歯止めをかけることができないということである。残された時間は少ない。また、妊婦や不妊治療の患者が若い男性医師を嫌がる姿をみて、男子が産婦人科を敬遠することと女子医学生数の絶対数が増えていることも手伝って、ここ 2 年間で誕生した産婦人科医の 7 割以上が女性であるということに注意すべきである⁴²。30 歳代をみても半数が女性である⁴³。すなわち、結婚・出産による離職というリスクを減らす努力をすることが急務となるのがわかる⁴⁴。平均 25 歳で医師になって 15 年後、40 歳になっても分娩現場で医師を続けている確立は、男性 8 割に対し女性は 5 割であるとされるが、その割合を向上させなければ産婦人科は立ち行かなくなるであろう。また臨床研修制度の改革も産婦人科医療現場に問題を突きつけた。医療現場が初期研修を受け入れる（人事上・組織上の）環境の整備を行う余裕の全くない状態が改善されないままこの制度が導入されたため、研修施設の医師は日常業務に加え研修医教育の義務を負うことになったのであり、それまでも他の診療科と比較して相対的に厳しかった勤務条件にさらに負担が加わった。この結果、新人研修医は産婦人科医療現場の過酷な勤務体制に直接触れたあとで専攻を決定することとなり、例年より 15～20%減少したと思われる。新臨床研修制度についても再検討が必要ではなかろうか。

これまでに見てきたように産婦人科の医師をめぐる状況はかなり厳しく、その改善も相当の時間と経費・努力を要する。一方、その影響を受けて分娩取り扱い施設数が減少しているという重大な事実がある。2005 年の秋までの 12 年間で分娩施設は 4,286 から 2,933 に減少しており、診療所・病院合わせて年間約 100 施設減少していることになる⁴⁵。神奈川県産婦人科医会は 5 年後に県内の分娩施設は今より 3 割以上減るという衝撃的な予測を 2007 年 1 月に発表した。県内の病院・診療所 425 カ所（うち 2002 年 1 月から 2006 年 7 月の間に 1 件でも分娩を取り扱った施設は 186 カ所）に「今後も分娩取り扱いを継続するか否か」をアンケート調査した結果である⁴⁶。これらの数字は妊産婦にとって分娩施設へのアクセスを困難なものにするだけでなく、施設あたりの取り扱い数の増加によって医師の負担も増加させるということを表している⁴⁷。分娩施設の減少は同一市内であっても自宅から遠く離れた病院への通院や、他の市町村での越境分娩を増加させ

⁴¹ 医師全体で 60 歳以上の世代が占める割合は 20%程度だが、産婦人科では 26%に達している。同上海野 1, 288 ページ。

⁴² 前掲週刊東洋経済 47 ページ。

⁴³ 前掲海野 1, 289 ページ。

⁴⁴ 女性医師の労働環境と今後の課題については、清野佳紀「特集一産科・小児科医療の現状と課題 女性医師が働きやすい環境づくり」日本医師会雑誌平成 19 年 10 月号(136 巻 7 号)1, 324 ページ以下を参照されたい。なお、女性の結婚と出産に伴う離職・復職等については紙幅の都合上別の機会に譲るものとする。

⁴⁵ 前掲海野 1, 290 ページ。

⁴⁶ 前掲週刊東洋経済 46 ページ。

⁴⁷ 前掲海野 1, 290 ページ以下。

た⁴⁸。産みたいと思っても受け入れ場所がなく、そのために精神的・肉体的・金銭的に負担を強いられる、いわゆるお産難民が生じる一因であろう。越境分娩の場合、妊産婦の大部分が通院に長時間を要するため不安を感じたり体調を崩したりすることもあり、母体にも胎児にも危険なことがある。金銭的には通院費用のほか既述の健診費用の負担も増えることになる。健診費の補助措置は市町村単位で行われている⁴⁹ため、越境の場合には使用できず、妊産婦自身が全額負担しなければならないからである。里帰り出産は断られる場合も増えてきているため、妊娠初期の健診を受診せずに里帰りし、中期や後期からのみ出産を前提とした健診を受けるという事例も多くなってきたようである⁵⁰。この場合、産後も含めると妊産婦は半年ないしそれ以上実家に滞在する計算となる。なお、病院によっては健診のみを行って分娩は取り扱わないとか、反対に分娩を希望する場合はすべての健診を同院で受けなければならないとか、途中での転院を医師が嫌うなどの様々なケースも出始めた。こうした状況を改善すべく、新しい少子化対策では産科医等の確保等産科医療システムの充実を図るために、地域における産科医療機能の集約化や重点化、周産期医療のネットワーク（一般の産科病院等と高次の医療機関との連携体制）の構築等、産科医・助産師等の確保や産科医療・助産の提供体制の充実に努めるほか、女性医師等の仕事と育児の両立支援や再就職支援等に努めることとしている⁵¹とはいえ、上述の少子化対策等にみられる政府の提唱がすぐに軌道に乗るかについては今後注意深く見守った上でさらなる検討がなされなければならない。厚生労働省は来年度、不採算で閉鎖や縮小の危機にある産科医療機関を対象に、医師らの人件費を助成する異例の対策を始める⁵²という。「出産を扱う医療機関の減少に対しては、これまで産科の診療報酬の増額などで対処してきたが、医師らの待遇改善が必要と判断した。政府は来年度予算案に人件費などとして12億5,000万円を計上している。…助成の対象は、診療所と病院を含む全国約100施設。産科医や助産師の人件費として、1施設に約1,500万円（うち半分は都道府県が負担）を補助する。このほか、分娩台など医療機器の購入費も1施設あたり約860万円を補助。分娩室などの増改築費用補助も14施設に行う。…同省は、産科について医療保険の診療報酬を引き上げるなどしてきた（が、こうした対策は）直接産科医の給与には反映していないケースがほとんどだった。」そのため、政府は今回新たな対応に踏み切ることを決めたものである。この施策が産科医の過酷な現状を改善する一助となることを願って止まないが、これによりすべての産科医の待遇が改善されるわけではない以上、抜本的な対策が必要であろう。また、現状では上述の周産期医療ネットワーク構築のために助産師がお産を扱う助産所では2008年4月から嘱託医療機関を確保しなければならないとされるが、この引受先が見つからないために出産

⁴⁸ 前掲週刊東洋経済 46 ページ以下参照。

⁴⁹ 内閣府『平成18年度版少子化白書』38 ページ以下。

⁵⁰ 筆者がここ2年間で長男の子育てを通じて知り合った多くのお母様方や医療関係の方々から伺った体験談による。なお、その聞き取り調査結果等の詳細については紙幅の都合上別の機会に譲るものとする。

⁵¹ 前掲内閣府『平成18年版少子化社会白書』41 ページ以下。2006年8月31日、厚生省等地域医療に関する関係省庁連絡会議は「新医師確保総合対策」をまとめ、小児科・産科をはじめ急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり、医師派遣等を行う地域医療協支援中央会議（仮称）の設置、医師不足地域における医師養成数の暫定的上乘せ等の措置を講ずることとしている。

⁵² 読売新聞 2008年2月13日。

を扱えず廃業を余儀なくされる可能性のある助産所が一割近くあるという⁵³。制度の移行を柔軟なものとし、妊産婦にとっても医療機関にとっても現在よりも状況が悪化することのないように対応が行われるべきであろう。

さて、次に救急搬送と病院の連絡体制の問題とその対策について述べておこう。今回の事件を受けて総務省消防庁は同様のケースがなかったか調査を行った。新聞によると「都内で06年に産科や周産期の病院に救急搬送された4,179件のうち、救急車が現場に到着してから病院に出発するまでに30分以上かかったのが329件あり、10回以上病院に断られたのは30件で、27回目を受け入れ先が見つかったケースもあった。そうした調査結果をもとに、東京都内で高度医療を担う病院に、他の医療機関と連絡を取り合い搬送先の調整を主に担当する医師が配置されることになった。都が来年度から『総合周産期母子医療センター』に指定する8民間病院へこうした医師の人件費助成もはじまる。患者の受け入れについて医師同士によるきめ細やかな対応が期待されている⁵⁴。」となっており、救急と病院が一回ごとに受け入れ先が見つかるまで連絡をとるのではなく、救急から連絡を受けた搬送調整担当医がいくつかの病院をあたって、受け入れ先を決定するシステムが2008年4月にスタートすることになった。これと類似の対応で、急患の搬送先が30分以上決まらなかったり受け入れを5回以上断られたりした場合に、受け入れ先の調整確保を行う「コーディネーター」を全都道府県に置く事業も同年4月から始まる⁵⁵。政府が各都道府県に運用を委ねるもので、コーディネーターには医療知識に加え地元事情にも詳しいことが必要とされる。そのため地元の医師を充てたい考えである。実際、こうした取り組みでどれほど救急事情が改善されるかについては運用が始まってみないと分からないものの、もともと医師同士や病院同士のネットワークがある程度存在するはずであるから、いくぶんかの効果は期待したい。ただしいくら手当がつくといっても、こうした日常業務外の仕事が増えることについて、ただでさえ多忙を極める医師たちが積極的に協力するかは疑問であり、人材確保が課題となろう。

なお、妊娠出産と健診・かかりつけ医については、すでに他の項目との関連で概ねの問題についてふれたが、改善が必要と思われる点についていくつかあげておきたい。まずは前節『赤ちゃんポスト』の場合と同様、何らかの相談機関を設けるべきではないかということである。そこでは妊娠・出産に関する心身の相談はもちろんのこと、それにとまなう経済的問題や生活上のさまざまな問題について、女性が必要な支援を分野を超えて総合的に扱うのが理想である。とにかく安心して相談できる場所さえあれば、健診未受診の問題や飛び込み出産等を減らしてゆくことができると思われる。なお、そういった機関についてどのように周知させてゆくかも大きな問題であるし、窓口の対応も優しく聞く態度をもっていくよう心がけていただかねばならない。妊娠出産期の女性は心身ともに非常にデリケートな状態だからである。健診補助の柔軟対応についても

⁵³ 読売新聞 2008年3月14日。昨年春に施行された改正医療法では、お産を扱う助産所は、産科や産婦人科、小児科があり、入院施設を備えた医療機関を嘱託として確保することを義務づけた。今年3月末までの確保が求められている。

⁵⁴ 朝日新聞 2007年11月28日。

⁵⁵ 朝日新聞 2007年1月7日。

提案したい。2006 年秋から保険者任意の取り組みとして出産一時金の支払手続きが改善⁵⁶されたのと同様に、健診補助を（妊産婦の居住地がある）市町村から医療機関が直接受け取るという方式にするのである。越境分娩や里帰り出産の場合も含め、いくぶんかは妊産婦の直接的現金負担を減らすことが可能になる。これにより少しでも多くの妊産婦が健診を受けるようになるのではなかろうか。また、病院は妊産婦に健診費用や健診内容・診察予約状況・分娩予約等といった情報を開示する必要があるのではないか。なぜなら、妊産婦は自分で情報を集めて病院を選ばなければならない、その不足によって妊娠期間のある時点で突然、お産難民になるというケースもあり得るからだ。そうした事態を避け、すべての妊産婦が本当に安全なお産をするためには、まだまだ多くの課題が残されているようである。

4. おわりに —— 今後への展望

本稿では、今年起きた出産をめぐる問題をふたつ取り上げ、少子化対策の視点から検討することを試みた。第2節では、母親が望まない出産や経済苦による養育困難などが原因で、親が子どもを手放すことの是非について、賛否両論あるなかで実際に運用を開始した『赤ちゃんポスト』を例に考えた。少子化対策というのであれば、違法性・犯罪性が見られないという前提で子どもの命を大切にする方向が示されるのが望ましいであろうと思われるが、まだまだ結論はでていない。この件で子どもの命を最も重要なものとするならば、それにともなう心のケアについても並行して考えられねばならず、子どもの幸せについて様々な方向から改めて見直す必要を感じた。第3節では救急搬送中の妊婦が「たらいまわし」にあって死産した問題から見えてきた出産をとりまく様々な困難をいかに解決し、少子化を食い止めることができるのかについて考えた。お産は安心安全とはいまや言えなくなってきており、お産を扱う医師も出産する妊産婦自身も両者を支える社会自身も意識改革・現状刷新してゆかねばならないのである。両者を通してみられたのは妊産婦への精神的・肉体的・経済的ケアをする相談窓口の必要性和専門・社会全体の支援という点であった。その実現にむけて政府による具体的な対策が早急に講じられねばならない。安心して出産できる環境づくりの一つとして厚生労働省は2008年3月27日に産科病床数の上限撤廃を各都道府県に通知した⁵⁷。これにとどまらず問題解決のため、様々な施策が総合的に行われるべきであろう。

少子化対策を論じるには、子どもが笑顔でいられる環境を意識することが重要だと筆者は考える。そのために親も社会も動き出さねばならない。親だけが子どもと接するわけではなく、子どもはさまざまなものに影響を受けて育ってゆくからである。2006年6月20日にだされた「新しい少子化対策について⁵⁸」にも「子どもの誕生を祝福し、子どもを慈しみ、守り育てることは社会

⁵⁶ 出産育児一時金は、出産時に産科医院等がかかった分娩費等をいったん支払った後、被保険者が保険者に請求して保険者から給付されるという後払い（償還払い）であるが、新しい少子化対策では、医療機関が被保険者に代わって保険者から出産一時金を受け取ることにより、妊産婦やその家族にとって出産時点での現金準備の負担を軽減することとした。（前掲少子化社会白書 38 ページ）。

⁵⁷ 読売新聞 2008 年 3 月 28 日。

⁵⁸ 稲垣英明「これからの少子化対策」健康保険 2006 年 11 月号 28 ページ。

の基本的な責任」とされ、「子育ては第一義的には家族の責任であるが、子育て家庭を国・地方公共団体・企業・地域等社会全体で支援する」とある。このように社会全体のセーフティネットがきちんとしていれば、妊産婦も子育てママも安心して子どもに接してゆくことができるようになるのではなかろうか。

若干長くなるが、今回のまとめに非常に有用であると思われるので『子どもが忌避される時代』という本の書評を紹介する。「少子化対策担当大臣が任命され、『エンゼルプラン』も繰り返されたが、少子化に歯止めはかからない。対策の発想が根本的に誤っていたのではないか。もっと長いタイムスパンで眺めれば、少子化は近代化の必然であり、保育行政や補助金だけで解決できないことは自明である。…『公的』だった子どもの存在意義が戦前まで疑われることはなかった。しかし、家制度の解体により育児が『私的』行為となると、育児も『費用対効果』で語られるようになった。子どもが高リスクの投資対象として忌避されるのは自然である。だが、子どもの消滅は人間の滅亡であり、その予感生きる希望を衰弱させる。それに抗して男女、母子、地域、世界の関係を再構築する『子どもの公共性』が提唱されている⁵⁹。」ここに記されているように、子どもはいまや個人の自己責任で産み育てるものではなくなっているのではなかろうか。社会で子どもを育てるという意識改革を徹底させるためには、本稿で取り上げたような問題を契機にもっと積極的に国家をはじめ地域や社会で新しい命と子育てについて話しあったりすることが有効ではないだろうか。子どもは社会の大事な財産であることを忘れてはならない。

⁵⁹ 読売新聞 2007 年 11 月 25 日付。書評のひとつで京都大学准教授佐藤卓己氏が本田和子著『子どもが忌避される時代』を紹介しているものである。