

1990年以降の 「人として産み、生まれること」

渡 邊 典 子

新潟青陵大学看護学科

"Giving Birth and Being Born as a Human" after 1990'

WATANBE Noriko

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

The purpose of this paper is to analyze "Giving birth and being born as a human" after 1990' on maternity nursing and economical point of view.

First, we analyzed the attribute of pregnant women and maternity life. After 90', the typical pregnant women are working mothers. The late marriage trend admit the infertility treatment. In the period of pregnancy, they look for health and comfortableness. On the other hand, the rate of smoking and drinking alcohol increases. The delivery in hospital is popular. But, there are some claims for managed delivery.

Second, we analyzed the support for healthier and safer pregnancy and giving birth. During the term of pregnancy, it is important that the regular medical examinations carried out with maternal and child health book and the support for special age or infected pregnant women.

And, most of the pregnant women prefer subjective birth to passive one.

Third, we analyzed the expense for matters concerning pregnancy and birth. The idea that the expense for infertility treatment should be guaranteed is accompanied with the trend of late marriage. However, only the case of abnormal delivery is guaranteed by medical insurance.

Key words

working mother , the late marriage trend , the delivery in hospital , passive birth ,
the expense for matters concerning pregnancy and birth.

要 旨

本論文の課題は、1990年以降の「人として産み、生まれること」について、助産学的・経済学的視点から分析することである。第1に、妊産婦の属性およびマタニティ・ライフを分析した。1990年代以降の妊産婦の典型は、「ワーキング・マザー」である。晩婚・晩産化は、不妊治療を容認している。妊娠中は、健やかさ、快適さを求める反面、喫煙率や飲酒率の上昇という問題点もある。施設分娩が主流であるが、管理分娩への反発もみられる。第2に、妊娠・出産をより健やかに安全にするための援助について分析した。妊娠期は、母子健康手帳による定期健診の励行、特定年齢層および感染妊婦に対する援助が重要となっている。また、産まされる出産から主体的に産む出産が求められるようになっている。第3に、妊娠・出産にかかわる費用を分析した。晩婚化にともない、不妊治療に要する費用の保証が求められる一方で、医療保険は、異常分娩のみ医療の保障を行っている。

キーワード

ワーキング・マザー，晩婚化，施設分娩，主体的な出産，妊娠・出産にかかわる費用

序章 研究課題と研究方法

本論文の課題は、1990年以降の「人として産み、生まれること」を特徴づけることがらを助産学および経済学的に分析することである。このことによって、現在における「人として産み、生まれること」を明らかにする。

この課題達成のために、母子を一体としてとらえる。なぜなら、産む主体である母体は、主体的に社会的に生命を維持している。胎児は、母体に依存、維持されている。それゆえ、母子は不可分である。分析は、母体が主導権をもつため母体を中心にすすめていく。

本論文が、「人として産み、生まれること」を1990年以降に限定したのは、それまでとは異なる1つの潮流が認められるからである。この期において産む主体である女性の生き方が、労働生活を中心に変わり、この結果、産むことは、大きな変化をしめし始めた。

研究方法として、まず、産む主体である女性を妊婦と産婦とにわけ、第1章は、妊婦と産婦にかんして、その属性および多様化したマタニティ・ライフのありさまを分析する。属性として就業状況、妊娠状況の多様化を検討する。多様化したマタニティ・ライフとして妊娠の決定要因、過ごし方などを明らかにする。産婦については、出産の状況、出産の場所などについてとりあげる。第2章は、妊娠、妊娠期と出産にかんして助産学的考察を行う。妊娠にかんして、この期を特徴づける不妊治療をとりあげる。妊娠期にかんして、健やかに安全に過ごす一般的援助と特定および問題のある妊婦を検討する。出産にかんして、産まされるお産から産むお産への動向を分析する。第3章は、妊娠、出産にかかわる費用を経済学的に分析する。妊娠期にかかわる家計負担と分娩費用について分析する。

第1章 マタニティ・ライフ

第1節 妊婦の属性

1. 妊婦の勤労女性化

現代における妊婦の年齢構成は、25～29歳層(39.5%)を中心に構成されている¹。ついで、30～34歳層(33.3%)、20～24歳層(13.6%)

35～39歳層(10.6%)の順である。

現代における妊婦の中核は、勤労女性である。既婚女性の年齢階級別労働力率を専業主婦がもっとも多かった1975年と1990年、1995年、2000年について、さきにしめした妊婦の年齢構成を基本に比較する。25～29歳層は32.1%、40.6%、41.7%、44.1%、30～34歳層は40.2%、45.3%、44.1%、44.0%、35～39歳層は、52.0%、59.8%、56.2%、55.4%となっている²。つぎに、既婚女性の職場進出の状況について非農林就業者にしめる雇傭者割合を1975年と2000年を比較すると、既婚者は未婚者の3～6倍の増加となっている。既婚者の25～29歳層は25.1%、30～34歳層は29.7%、35～39歳層では26.2%の上昇に対し未婚者は6.3%、6.3%、13.9%の上昇である³。これらのことは、既婚女性の25～29歳層、30～34歳層、35～39歳層の労働力率が上昇し、職場進出が進んでいることをしめすものである。女性は、学卒後大多数が就業し、「寿退社」せずに就業を継続し、そのうえ、妊娠し出産しても就業をし続ける。現代妊婦の典型は、「ワーキング・マザー」である。

現代の就業妊婦は、労働基準法の母性保護規定によって保護されている。産前産後の休業について産前休業は、1991年38.5日、1994年40.2日、1997年37.3日、産後休業は1991年58.1日、1994年61.1日、1997年58.7日となっており、産前産後休業は、1994年にピークをむかえ1991年水準に後もどりしている。育児時間の請求は、1991年19.7%、1994年19.2%と減少傾向にある⁴。

2. 妊娠状況の多様化

(1) 初妊娠年齢の高齢化、低年齢層の増加

初妊娠年齢については、問題の発生に留意して3つの年齢層にわけられる。35歳以上の高年齢は、妊娠・出産にともなう異常が発生しやすい年齢層である。10代は、妊娠・出産にともなう身体的な異常の発生の危険性もさることながら、就学中であることなどから経済的、社会的、そして精神的な問題をかかえている年齢層である。これらに対して20～34歳層は、総合的に妊娠・出産に適正な年齢層である。

現代の初妊娠年齢は、第1子出産年齢別出

生率でみると、高齢化という現代的な傾向と対極の低年齢層の増加という課題の多い特徴を呈している。初妊娠年齢の高齢化は、1996年30～34歳層の第2位への上昇がしめしている。35～39歳層は、1995年以降微増傾向にあり、高齢化の一翼を担っている。これに対し1980年以降、第2位であった20～24歳層は、1996年に第3位に転落した。30～34歳層と20～24歳層は、ほぼ同じ割合で初妊娠年齢を構成している。「産み盛り年齢層」である25～29歳層は、ダントツ第1位であるが、1985年のピーク以降減少傾向にある。一方、第1子出産年齢の推移は、高年齢化とまったくの反対の低年齢化もしめし、留意する必要がある。15～19歳層の出生率は、1990年ボトムをしめた後、着実に上昇し、10年後の2000年は1.5倍となっている。

(2) 「できちゃった結婚」の容認

結婚前に妊娠したいいわゆる「できちゃった結婚」^{注1}は、近年増加する傾向にあり、現代の妊婦を特徴付ける1つである。その割合は、第1子出生にしめる「できちゃった結婚」の出生割合をみると、2000年26.3% 1 / 4、1990年21.0% 1 / 5をしめていた。これに対し、1980年12.6%と1 / 8であり、20年間に2倍強になったのである⁶。2000年の第1子出生までの結婚期間は、1980年、1990年と比較すると一挙に短縮し、6ヶ月がピークとなっている。これまでのピークは10ヶ月で、「ハネムーン・ベビー」が主流であった(図1)。さらに、2000年における母の年齢階級別の第

1子出生までの結婚期間についてみると、ピークの6ヶ月を構成する年齢層は、15～19歳と20～24歳の2つの年齢層である⁷。

さらに、母の年齢階級別割合について1980年と2000年を比較すると、20～24歳2.9倍(20.1% 58.3%)、25～29歳2.5倍(7.8% 19.6%)、15～19歳1.7倍(47.4% 81.7%)、30歳以上は1.5～1.6倍(6～7% 10%)となっている。「できちゃった結婚」は、結婚適齢期である20代に顕著にみられる傾向である。15～19歳が1.7倍にとどまったのは、すでに1980年に47.4%と高い割合をしめていたからである⁸。

晩婚化傾向が顕著な現在、結婚前の性行動の活発さが指摘されている。しかし、その際、確実な避妊行動をとることが少なく、意図せざる妊娠となるのである。これは、ワンセット(コンドーム使用、そして失敗し妊娠したら人工妊娠中絶というもの)とよばれる安易な避妊方法に問題があり「できちゃった結婚」の一般化の背景である。

(3) 容認された不妊治療

不妊治療の容認の要因は、晩婚化による妊孕力の低下である。妊孕率は、「30歳が妊孕性低下の分岐点である」とされ、子宮筋腫や子宮内膜症の増加、卵巣機能が障害される結果である。晩婚化した女性の妊娠年齢は、不妊治療による妊娠を視野に入れることになる。このことも不妊治療を一般化し、1990年代になって容認する気運が形成され始めた。

不妊治療は、つぎの諸問題をもつ。第1点

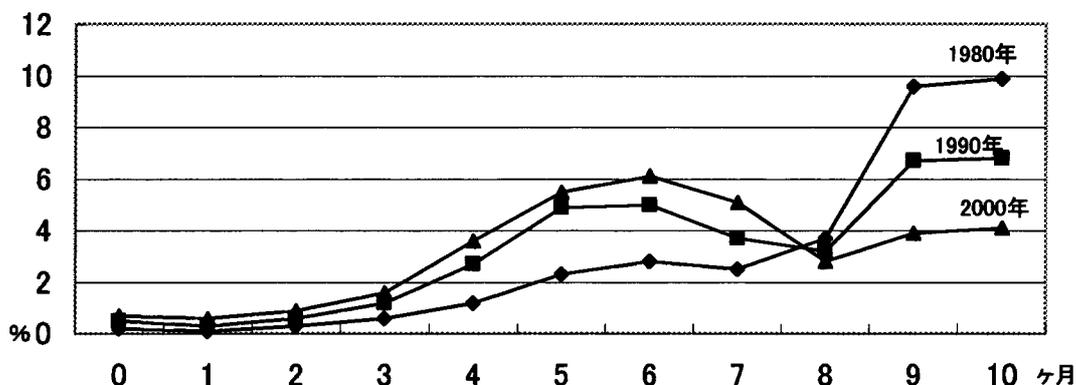


図1 結婚期間が妊娠期間より短い出生数の割合(10ヶ月まで)

出典:厚生労働省大臣官房統計情報部編『出生に関する統計』厚生統計協会,2002,p.220～237,第1表より作成。

は、「産んで一人前」という^{うまつめ}石女を肯定する考え方の存在である。女性を単に生殖の道具と考え、女性の人格を認めないものである。第2点は、不妊治療指針が確立していないことから治療をうける女性に過剰な期待を抱かせる。不確かな治療であるゆえに、治療中止を決定する明確な判断基準がないことは、長期治療につながりストレスを増強させている。第3点は、精子の凍結保存が可能であることから、精子バンクが可能となり、商品化や優生思想の助長につながっている。

不妊治療は、1948年、慶應義塾大学医学部の安藤畫一により始められ、出生児数は、1949年に一人を初めて記録して以来増加した。1999年には年間11,929人、全出産数の1%を超え1.1%に達した。しかし、不妊治療のコンセンサスは、いまだ形成されていない。2000年12月、厚生省¹¹、2001年2月、日本産科婦人科学会¹²は、法律上の夫婦のみを対象とする見解を発表し慎重な態度をしめしている。

第2節 妊婦の実情

1. 家族計画

(1) 1990年代の家族計画

この期の家族計画は、避妊の時期・方法、妊娠自己判定薬の普及、人工妊娠中絶など多様性をしめしている。1990年代以降、避妊の時期についての特記すべきことは、「結婚前から」がだいに増加していることである。毎日新聞社人口問題調査会¹³(以後、毎日新聞調査会とする)によると、「結婚前から」の避妊は、1996年以降、もっとも多い「子供が2人生まれてから」について2番目を維持し、2000年24.5%であった。既婚女性の4人に1人は、結婚前から避妊をしていることになる。このことは、性行動が活発になっており、「できちゃった結婚」の増加の潜在的要因である。

避妊方法は、エイズ予防をも考えてか、相変わらずコンドームが主流である。1999年のピル使用の承認は画期的なことであるが、毎日新聞調査会によると、ピルの使用割合は、2000年1.5%でこれまでの傾向とほとんど変化がない。ピルを使いたくないという人は、既婚72.9%、未婚52.2%と高く、「副作用が心配」

という理由がともに80%近くをしめる。

妊娠したか否かの一次チェックとして有効な妊娠自己判定薬は、1983年、薬局・薬店におかれるようになり、1992年、ようやく厚生省は一般用医薬品として認可した。このことは、妊娠を早期に知りたい人にとって妊娠自己判定薬の認知度と使用を高めた。しかし、最終判定は、排卵の遅れによる誤判定などもあり、産科医の診察が必要である。

バブル経済の崩壊が人工妊娠中絶容認に大きな影響をあたえたことについて林は、影響を受けた人は、受けなかった人に比べ「約50%高いことがわかった」¹⁵と指摘している。つまり、バブル経済の崩壊は、避妊の失敗による人工妊娠中絶の実施を高めたのである。

(2) 妊娠を決定する要因

バブル経済の崩壊は、妊娠を決定する要因に新しい局面をもたらした。毎日新聞調査会によると、子どもを欲しい理由は、「子どもにとって好ましい」「家庭が楽しい」が4割～5割と最も多く、「欲しいだけ産んでいないから」は、約2割を維持している。つぎに、注目される子どもを欲する理由は、「女の子が欲しいから」である。伝統的な男子願望は、1996年以降、女の子願望に首位の座を明けわたし、2000年の女の子願望28.3%、男の子願望10.8%と2.6倍もの差に増大した。このことは女の子願望が決定的に男の子願望にとってかわったことをしめしている。

子どもを欲しくない理由は、「欲しいだけ産んだ」「教育費がかかる」などの理由が、4割～5割と大勢をしめている。2000年を1998年と比較した顕著な差は、「体が疲れるから」が8.7%増加していることである。このことは女性が、産む主権を握り、しかも勤労妊婦である現代社会の傾向をあらわしている。さらに、2000年になると「住宅ローンなどの支払いで家計が苦しいから」12.6%と初めて10%を超えた。子供を欲しくない理由に住宅ローン返済の負担増が顕著になり、国民生活が逼迫していることを意味している。

以上より、子どもを欲しい理由は数や性別、欲しくない理由は希望する子どもの数や性別に対する満足度と経済的・身体的負担などで構成されていることが理解できる。

(3) 子どもを産む間隔

バブル経済の崩壊が、子どもをもつ時期や数に影響をあたえたかどうかにかんし小川は、「かなり影響した」11.0%、「ある程度影響した」18.2%と、両方をあわせると約30%であったとしている。さらに、この影響について、出生順位別の子どもを産む間隔についても小川は、つぎのように指摘している。バブル崩壊・リストラの進行により、既婚女性は、第1子はどうにか産むが、第2子目を産むことをためらったり、断念したりする確率が高くなっている。とくに、夫や妻の年間所得などの経済的要素の違いによる影響は、顕著であると。生活不安をかかえた低所得者層は、生活の先行きに不安を感じ、当然、妊娠をひかえるようになった。これは第1子から第2子までの期間を延ばすという妊娠・出産行動の顕在化としてあらわれ、現代のマタニティ・ライフの1つの特徴なのである。

2. 妊娠期の過ごし方

(1) マタニティ雑誌

いわゆるマタニティ雑誌は、1953年『母の友』を皮切りに発行され、年々種類も豊富となり、情報源としての割合が高くなっている。高学歴化、少産化なども反映し、妊娠期を大切に過ごすための情報や知識を得たいというニーズに対応したものである。

マタニティ雑誌『ピー・アンド』は、創刊の意図を「あたらしいのちの誕生とともに始まる、さまざまな『つながり』をテーマとしてとりあげてゆきます。親になる知識と自信をお届けすると同時に、社会問題や未来を考えるお手伝いができればいいなと思っています¹⁷」としている。

講読の動機は、自分のほしい情報(リアルな体験談でお産を実感、不安を解消、また、他人の体験談から自分は普通なのか異常なのかを判断、友だちやなかよしとしてのサークル誌的な性格)を求めている。松木¹⁸によると、2人に1人が購入している。

従来、これらの知識は、母親から得ていた。しかし、現在は核家族化の進行で母親から知識をタイムリーに得ることが難しくなっている。妊婦は、より具体的なことを同じ状況の人から得たいという願望をもち、その願望の

一部を雑誌によって満たしているのである。

(2) マタニティ・スポーツ

マタニティ・スポーツとは、妊娠期・分娩期および産褥期を安楽に健やかに楽しく過ごすための身体的・精神的鍛錬の要素をふくむ身体運動の総称である。マタニティ・スポーツは、「分娩準備教育でありスポーツ的要素に乏しく、多分に義務的¹⁹」であった妊産婦体操^{注2}が起源である。1979年、室岡一によって始められたマタニティ・スイミングなどをふくみ「楽しむ要素が多かったため全国に普及し²⁰」、その内容を拡充させていった。

マタニティ・スポーツを始める動機は、身体的なもの^{注1}と精神的なもの^{注2}に分けられる。身体的な動機は、現代人共通の運動不足の解消、妊婦特有の体重増加の抑制や腰痛、肩こり、むくみなどの解消、スポーツ固有の汗を流す爽快感などである。精神的な動機は、ストレス解消、安産願望、妊婦同士のコミュニケーションなどである。

(3) 喫煙と飲酒

女性の社会進出やライフ・スタイルの変化により、女性の喫煙率と飲酒率の増加がみられる。これは妊婦にマイナスになることはあっても、決してプラスになることはない。

妊婦の喫煙は、能動喫煙と受動喫煙^{注3}とが問題となる。まず能動喫煙は、女性全体の喫煙率の動向および妊娠・出産時期に相当する年齢の喫煙率の上昇を反映し、増加している。妊婦の喫煙率は、1990年と2000年を比較すると、5.6%から10.0%へと1.8倍となった²¹。2000年の年齢別喫煙率は、15～19歳34.2%、20～24歳18.9%、25～29歳9.9%、30～34歳6.6%、35～39歳6.3%となっている。20～24歳の妊婦の喫煙率は、15～19歳をのぞくと他の年齢層の2～3倍である。1日の喫煙本数は、3～5本が4.7%減少し、11本以上が6.4%上昇している。このように妊婦の喫煙率および喫煙本数は、増加傾向にある。喫煙にかんする行動変容は、妊娠を契機に禁煙する妊婦が多い²²。しかし、妊婦の喫煙率は上昇しており、禁煙しない妊婦の増加をあらわしている。また、妊娠中に禁煙した妊婦でも出産後、喫煙を再開するという報告^{23 24}もある。

一方、受動喫煙の機会は、家庭と職場とが

ある。受動喫煙の影響は、田中の調査による²⁵と夫51.5%、同居家族72.7%、職場53.3%と、同居家族がもっとも高率である。喫煙する夫や同居家族の妊婦に対する配慮は、「別の部屋、戸外、職場」であったとしている。このことは、家庭内での受動喫煙は避けられても、職場での受動喫煙は避けられず高くなることをしめしている。さらに、職場における受動喫煙は、労働時間を考えると家庭よりも長時間となり、勤労妊婦に大きなマイナスを与えている。

2000年における妊婦の飲酒率は、18.1%である²⁶。これを年齢別にみると、15～19歳12.3%、20～24歳17.0%、25～29歳17.5%、30～34歳18.8%、35～39歳20.3%、年齢が高くなるにつれ飲酒率が上昇している。これは妊婦の喫煙率とは反対の傾向である。全年齢の飲酒回数は、妊娠中に10回未満51.2%、月に1～2回24.7%、週に1～2回14.4%、週に3回以上7.8%となっている。妊婦の1/5弱が妊娠中に飲酒し、そのうちの1/2は妊娠中に10回程度の飲酒の機会がある。また、1/4は、月に1～2回の飲酒の機会がある。これらのことは、女性の社会進出やライフ・スタイルの変化によって飲酒をする機会も増え、それが妊婦にも反映している。

第3節 産婦の実情

1. 出産の状況

(1) 晩産化

出産年齢は、晩婚化にともなう妊娠年齢の上昇とともに高年齢化している。それは出生順位別の年次別平均年齢と年齢別出生数の割合に顕著にみられる。まず、出生順位別にみた母の年次別平均年齢を2000年と1990年を比較すると、総数では0.7歳、第1子では1歳、第2子では0.9歳、第3子では0.5歳と上昇した²⁷。このように第1子、第2子、第3子とも母の平均年齢の上昇は、出産年齢の晩産化の進行をしめしている。

つぎに、2000年の出生順位別にみた母の年齢別出生数の割合をみる。第1子は25～29歳46.1%をピークとして、30～34歳24.1%、20～24歳20.2%である。第2子は30～34歳40.8%、25～29歳37.4%、35～39歳11.5%と高齢化し、

20～24歳は、8.9%と半減している。第3子は30～34歳47.2%、25～29歳24.6%、35～39歳22.5%とさらに高齢化し、20～24歳は3.1%をしめるに過ぎない²⁸。

(2) 合計特殊出生率と合計結婚出生率

合計特殊出生率は、1966年丙午の年の1.58が判断基準とされ、1989年には1.57を記録し、「1.57ショック」と騒がれた。以降2000年まで多少の増減をしながら減少傾向にある。2000年には1.36と、これまでの過去最低をしめした1999年より0.02ポイント上昇している。合計結婚出生率^{注4}は、1990年以降1.9水準に下降している。1991年に2.0を割り1.95、1994年には1.89とボトムを記録し1995年は1.93となっている²⁹。

この状況について「1980年頃までに結婚した夫婦の完結出生児数には変化がみられないものの、それ以降に結婚したいまだ完結出生力に達していない出生過程の途上にある夫婦の出生ペースが遅くなっていることに起因する」と国立社会保障・人口問題研究所は推察している。このようなことは、1991年以降のバブル経済崩壊による第2子出産の間隔をひき伸ばしていることともマッチする。経済事情による合計特殊出生率および合計結婚出生率の低下は、まさに1990年以降の出産の状況を象徴している。

(3) 妊産婦死亡と死産

妊産婦死亡率（出産10万対）は、長く改善の兆しがみられなかった。それが1990年代は、10.0を割り着実に低下し改善の方向へ向かっている。1990年～1992年まで8台、1993年に7台、1996年、過去最低の5.8となった。2000年の妊産婦死亡率は6.3（1980年、19.5の1/3以下）妊産婦死亡数は78人であった³¹。

死産率は、1990年、42.3、2000年、31.2でこれまでの最低を記録した。また、2000年の死産数は、38,393で前年より59減少している。性別をみると男17,307、女7,975で、男が女の2倍以上になっている。人工死産率は、1985年以降、常に自然死産率を超えている。2000年の全死産にしめる人工死産は、57.8%である。また、母の年齢別の自然死産と人工死産をみると、自然死産率は25～29歳層が10.9、人工死産率は30～34歳層が7.8とそれぞれもっ

とも低い。自然・人工死産ともに、これらの年齢層から高年齢、若年齢になるにしたがって高率となっている。各年齢層の自然・人工死産の比をみると、若年および高年齢になるにしたがって人工死産の割合が高くなっており「社会的条件の関与が示唆される」とされている³³。

2. 出産の場所

(1) 絶対安定の施設分娩

2000年における出産の場所は、病院、診療所などの施設で98.8%をしめる。病院、診療所の絶対的安定傾向は、1974年90%台をこえ、1986年以降98.0%台を維持している。

つぎに、出生の施設別にみると、病院から診療所への移行がみられる³⁴。病院分娩は、1987年にピークをしめし、以降微減傾向にある。これに対し、診療所分娩は、病院分娩の減少をうけとめ微増傾向をしめしている。この病院から診療所への動きは、診療所のほうが大病院より妊産婦のさまざまなニーズに即応していることの結果である。

しかし、病院・診療所分娩は、一面では完全な管理分娩であり、妊産婦の自由を認めない部分もある。最近、妊産婦の主体性の回復が叫ばれ、自宅・助産所分娩が見直されている。この動きは、「アンチ施設分娩」ともいわれている。アンチ管理分娩を志向する自宅・助産所分娩では、病院・診療所分娩ではうけいられないものの回復を求めている。

2000年における自宅、助産所分娩は、1.2%にまで減少している。最近、一部マスコミは、出産の場所として自宅、助産所を再評価する風潮を伝えている。しかし、これは、出産方法であり出産の場所として考慮する必要はない。自宅、助産所分娩は、それが主流であった時代と出産のあり方には変わりがなく、妊産婦の主体性を重視した自然分娩である。そこには、病院・診療所分娩にみられる過剰な医療介入が存在しない。病院・診療所分娩の場合は、基本的に必要のない分娩台を使い、さらに異常の予防ということから医療の過剰介入が行われやすい。この点が、正常分娩にかんして病院・診療所と自宅、助産所の大きな違いである。とくに、今日、自宅、助産所分娩を志向する人たちは、分娩台を使わずに過剰な医療介入を拒否し、できるだけ自然に、主体的に、満足できるお産を求める人たちである。現代の出産のプロセスは、図2のように図示される。

(2) 出産場所の選択基準

出産場所の選択基準

妊産婦は、1990年以降、出産の場所を安全性・快適性とは次元のちがう日常的で、安易な基準で決めている。出産場所の決定理由は、「近い」、「評判がいい」が各40.0%台、「前回のお産でよかった」、「医療者の対応がいい」、「大きい病院」が各20%台、「アメニティの充実」18%台、「お産のやり方」10%台、とい

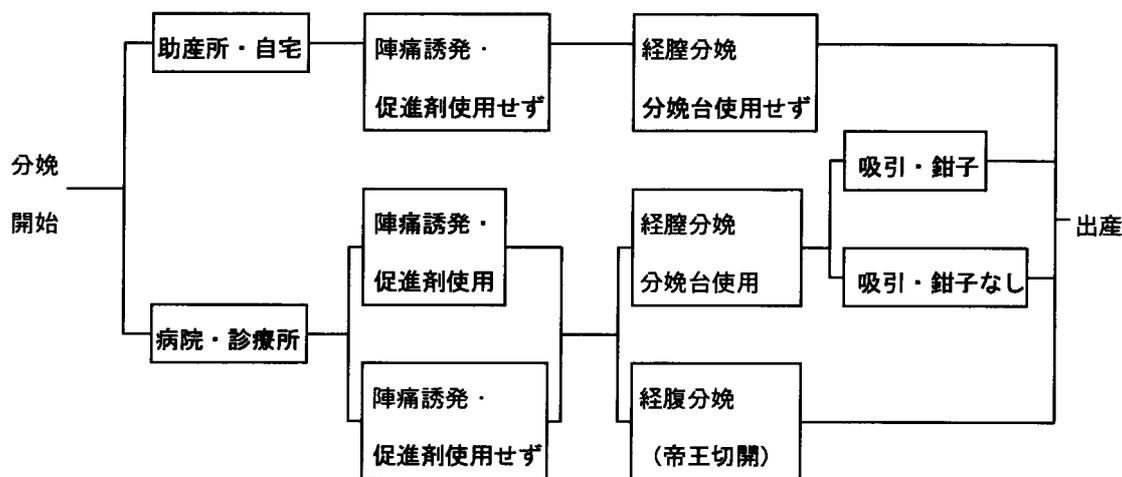


図2 現代における出産のプロセス

う1999年の渡部らの調査³⁵がある。

最近、これらとはまったく異なる選択基準もみられる。分娩は、生理的で大多数が正常に進む。そして必要時に医療をうけられれば、妊産婦は、分娩の快適さや満足度を附随的なものに求めることにもなる。それは、「ブランド出産」と呼ばれている。「ブランド出産」を求める人は、豪華な設備や食事など、分娩に直接関係がないものを重視する。現在は、「妊娠も出産も、そして子育ても『おしゃれ』の時代³⁶」となっているのである。

出産方法

妊産婦は、うえにみた基準で選んだ施設の提供する出産方法を当然のようにうけいれている。あなたはどんな楽で自然なお産を選びますか、というキャッチ・フレーズで紹介されている出産方法は、導入年代順にならべると、ラマーズ法（1971年頃）、水中分娩（1984年頃）、アクティブ・バース、三拍子自立分娩法、ソフロロジー法（1988年頃）、イメジェリー（1990年頃）、リーブ法（1992年頃）などである。これらは分娩第1期の産痛緩和にかかわり、産婦のもつ産む力を最大限にひきだすことに一定の寄与をするものである。

現代における自然なお産をめざす出産方法は、第1期の産痛緩和を主眼としたものから第2期の分娩台で仰臥位を中心とした体位に収斂される。そこには産婦の主体性よりも医療関係者の立場が優先されているのである。『分娩台よさようなら』（メディカ出版、1999年）という大野明子の主張は、注目すべきものの1つであろう。

最近、これらとはまったく無自覚に安易に産痛緩和を薬剤に求め、痛みを拒絶する妊産婦もいる。それらの妊産婦は、硬膜外麻酔による無痛分娩により、できるだけ安易なお産を志向している。こうした妊産婦は、『『痛いものはイヤ』という現代人気質に加え、産後の回復が早い点³⁷をよしとし、薬剤使用の分娩を支持するのである。

(3) 里帰り分娩

里帰り分娩が、「産科医療関係者間で話題となったのは1970年代初期から³⁸」である。このような1970年代の増加の要因について大村³⁹

は、1970年代前半は新幹線、航空路線が整備拡充され、その後は高速道路や一般道路が整備され車社会に移行した時期であり、帰省分娩の増加もこれと並行して増加した、と交通網の関連を指摘している。

里帰り分娩の推移を特定することは難しい。1970年代の里帰り分娩の頻度について品川⁴⁰らは、少なくみても5～10%、多いところでは30%にも達しているとしている。野村⁴¹らは、1991年の時点で日本全体の少なくとも20%は里帰り分娩としている。全国規模で調査した1999年の渡部らは、12.3%（調査対象4165例）であったと報告している。

つぎに、里帰りする妊産婦の属性について、いくつかの調査^{43 44 45 46 47 48}からふれておく。里帰りする妊産婦は、高学歴の者が多く、経産婦より初産婦のほうが多い。その時期は、大多数が32週から35週である。里帰りする時の交通機関は、自家用車が多い。住居についてみると、アパートやマンションなどを住居とする者が多い。

里帰り分娩には、プラス面とマイナス面がある。プラス面は、同時に里帰りする理由にもなる。加藤⁴⁹は、初産婦と経産婦を比べて、初産婦は実家への心理的依存、経産婦は現実的対処として里帰りを選択している傾向にある。そのことが、初産婦は里帰りの滞在期間を長くし、経産婦は短くしていると述べている。つぎに、マイナス面である。もっとも問題のあるのは、妊娠、分娩、新生児などの異常の高率化である。そのことについて品川⁵⁰は、もともと異常があったものや、異常に陥りやすいものが里帰りするのか、それとも里帰りの結果、異常をきたすのかは、簡単に決めかねる、と指摘している。

第2章 現代におけるマタニティ・ライフの助産学的考察

第1節 妊娠期の健やかさ、安全性の前進

1. 健やかに安全に妊娠期を過ごすための援助

(1) 妊婦定期健康診査

現代のマタニティ・ライフは、母子健康手帳による妊婦定期健康診査によって管理され

ている。母子健康手帳の妊婦健康診査項目は、子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿蛋白、尿糖、貧血検査、体重、梅毒検査、血液型などである。これに、1985年、B型肝炎母子感染防止事業にともないHB抗原検査、1997年、健康診査の基準が変更され、従来にくらべ妊娠中期の濃密なケアが行なわれるようになった。

妊娠週数別妊娠届出数の割合は、満11週以下、満12週～19週に収斂する傾向をしめし、90%台半ばとなっている。このうちわけをみると、1987年に妊娠満11週以下46.7%、妊娠満12週～19週まで46.9%とほぼ同率となつてから、妊娠満11週以下のより早期の届出が増加している。その動向は、1990年52.4%から1996年62.6%へと10.2%増加した。これに反し、満12週～19週は、1990年41.9%から1996年33.0%へと8.9%減少した。少産化にともなう安全性の志向がこの動向をうみだしたものと考えられる。

妊婦定期健康診査は、基本必要検査と選択希望検査とにわけて行なわれている。このようになったのは、バブル経済が破綻したことによる国民の所得能力が低下し、医療費抑制策がとられるようになった結果である。この主要な要因のほかにEBM (Evidence Based Medicine) とインフォームド・チョイス (Informed Choice) などが関わっている。

基本必要検査項目は、母子健康手帳が規定し、全額または一部公費負担となっている。選択希望検査は、母体の感染症の検査と胎児異常を発見する検査とにわけられる。后者は、障害をもつ子どもの命の選別につながるとし、障害者団体などから非難をあげている。不幸にして胎児の形態異常が発見された場合、妊娠継続が問題とされる。まず、この悲しい事実を受けとめなければならない。つぎは、治療を出生前にするか、出生後にするかという治療時期、あるいは中絶か否かの選択が、妊婦とその家族の重い課題となってくる。

発展充実してきた妊婦定期健康診査は、マイナス面もしめしている。医学的検査のウエイトを大きくしすぎた妊婦定期健康診査は、「特にスクリーニングを目的としたものが多く登場し、妊婦の経済的・心理的な負担をたかめている。これは妊婦のケアを目標とする

健診の本義に反し、妊婦の検査と診察を意味する妊婦検診に偏する」との批判がある。

妊婦定期健康診査の妊婦保健指導は、妊娠期の日常生活をより健やかに過ごし、安全な出産とその後の育児の準備のためである。その中の妊娠期については、妊娠経過にそつた各期の細項目にくわえて、妊娠各期における妊婦の情緒的变化にあわせた精神的サポートが重要となる。精神的サポートは、助産師の重要な役割の1つと認識されている。

(2) 超音波画像診断

現代の妊産婦の1つの特徴は、高年齢化し、リスクな人たちでもある。したがって、周産期管理の重要性は、非常に高まっている。このニーズに対応するものとして、超音波画像診断(経腹・経膈)が導入されている。周産期管理は、超音波画像診断を不可欠なものとして全妊婦に日常的に行われている。

超音波画像診断は、周産期医療を飛躍的に前進させた。超音波画像診断は、今までまったくみることができなかった胎児の像を映しだせる。この技術は、妊婦および家族、そして助産師、産科医の関心を妊婦から胎児にまで拡大させた。このことは胎児、胎児の環境としての母体という新たな概念を誕生させたのである。このように超音波画像診断は、「大昔の産科学といていた産科周産期医療では、医療側の経験と勘にたよる部分が大きかったことが夢のように思い出される」と回顧させるほど画期的なものである。

2. 特定妊婦に対する援助

(1) 高年初産婦

高年初産婦は、女性の生き方の多様化により、結婚後も仕事を続け、経験や地位を確立するため、あるいは夫婦2人の生活を楽しむため避妊期間が長かった者、晩婚ではあったが、妊娠した者、晩婚ではないが、不妊期間が長く流産を経験した者などである。

日本産科婦人科学会は、1971年、高年初産婦を30歳以上とし、1992年、35歳以上と定義しなおし、WHOの定義と一致させた。その根拠は、「周産期母児管理の進歩、改善によって産科的異常の発生頻度が減少⁵⁴したことを考慮した結果である。

高年初産は、母体、胎児双方に望ましくない状況をひきおこす。35歳をさかいに妊娠中毒症、骨盤位、遷延分娩、鉗子・吸引分娩、弛緩出血などが明らかに増加傾向をしめす。高年初産は、胎児に致命的なリスクを与える危険度が高い。これは卵子の老化により受精卵の異常が増加し、染色体異常、なかでもダウン症候群の率が高くなるためである。この胎児異常について羊水穿刺などの出生前診断が行われることがある。このことは、胎児異常に対する高年初産婦の不安の反映でもある。安藤は、医学統計上から異常児出生率、抱いている不安が身にふりかかる確率が高く、他の不安と質が異なると指摘している。

これらに対して医師の産科学的チェックと助産師のこまめな日常生活指導、精神的サポートが重要で、設備の整った産科施設の適正配置が必要となる。

(2) 若年妊娠

ここでいう若年妊娠は、10代で学齢期にあるものの妊娠をとりあげる。この人たちは、精神的、社会的、経済的に多くの問題をもつことになる。若年妊娠した多くのものは、予期しないあるいは望まない妊娠であり、未婚であることもくわわってほとんどが人工妊娠中絶を選択する。母体保護法の人工妊娠中絶可能期間は、現在、妊娠22週未満である。とくに、妊娠12週以降は、身体面、精神面におよびす影響が大きい。

産む選択の多くは、若年で知識不足から妊娠したことに気づくことや、気がついてパートナーや家族に相談する時期が遅れたりして、人工妊娠中絶の適応期間を過ぎてしまったものである。したがって、助産師、医師は、妊娠の受容の援助から始め、親やパートナーをふくめた児の養育について早急に相談することが必要となる。さらに当然、妊婦健診の受診回数は少なく、妊娠中の管理が不十分なことから妊娠中毒症や貧血などの合併症、未熟児、低出生体重児のリスクに対するケアと徹底した保健指導が重要となる。

未婚のままや妊娠後期になって結婚した場合について佐藤は、既婚者にくらべると低出生体重児の発生が、未婚で2倍、妊娠後期結婚で1.8倍と高率になると指摘している。さら

に、パートナーも10代の場合は、経済力は当然なく、就業機会も制限され、その結果、次世代へも影響をおよぼす新たな貧困層となることもある。

若年妊娠は、思春期という多感な時期に、妊娠から人工妊娠中絶あるいは出産という経験をする。若年妊娠は、女性の生涯に大きな影響をおよぼすものであることを十分に認識し、助産師、医師は、身体的、精神的な対応、対処が求められている。

(3) HIV感染妊婦

HIV感染妊婦の対策は、HIV感染者が妊娠と同時に始まり、妊娠を継続するか否かが問題となる。この判断をめぐって助産師、医師などが、相談にかかわる。妊娠を継続する場合は、症状の進行を抑制し、母子感染を防ぐためのAZT単剤による母子感染防止対策、

多剤併用療法などがある。治療にくわえて、日和見感染等初期症状の早期発見、日常生活における健康への留意、さらには母子感染などにかんし十分な説明が必要である。さらに、分娩となると、経膈出産の場合は、児にHIV感染の恐れが高い。そこで、選択的帝王切開による母子感染防止対策がくわわる。

分娩後の対応は、母乳禁止と、次回の妊娠を回避することである。母乳の禁止は、母子感染を防ぐために絶対に必要である。このことは母親としての役割を十分に果たせないことになり、はかりしれない悔悟の念を抱かせることになる。これにともなう焦燥感を癒す精神的サポートが、通常のケアにくわえて助産師に求められる。さらに、助産師には、危険性の増大する次回の妊娠を避けるための十分な避妊指導が、あらたに課せられる。

3. 不妊治療による妊娠

不妊治療は、治療指針を確立していないため、必ず妊娠に結びつくとはいえず、長期化せざるをえない。不妊治療をうける人びとは、ストレスフルな生活を送ることになる。このため不妊治療は、治療とストレス解消策とを表裏一体として進めることが必要である。

結婚の高齢化により妊孕力が低下し、不妊治療を求める割合が高くなっている。不妊の原因は、最近、男性不妊症が増加してきており、男女同程度となってきた。しかし、

不妊は、女性の問題とみなされる傾向が強い。妊娠するのは女性であるので、自分に責任のない要因まで責任を負わされ、最終的には女性が不妊治療の対象となる。不妊治療中の女性は、強い不安をもちながら治療しつづけている。不妊治療期間中のストレスは、不妊という状況そのものについては、検査・治療および治療期間、家族関係、くわえて高額な経済的負担など、さまざまな要因で構成されている。

治療態度は、積極的でもあり、悲観的でもある。治療期間の長短によりストレスが異なる。長期化すると夫婦関係まで悪化する傾向がある。治療への意欲は、不安の一つの現れであり「期待と絶望の悪循環」を繰り返しているものが多い。⁵⁷ 治療期間の初期では身体面の劣等感、長期化にともない家族外の人々の言動がストレスとして高率になる。⁵⁸

不妊治療により妊娠した妊婦は、早産、妊娠初期・中期の性器出血、妊娠中毒症、貧血、子宮内胎児発育遅延、低出生体重児などを高率におこしやすい。この最大の原因は、多胎妊娠である。妊婦は、妊娠した後に今度は出産に向けて新たなストレスの状態におかれることになる。妊娠初期においては、流産、妊娠中期・後期になると異常児出生（脆弱なイメージ、発育や知能の異常）に対する不安を強く感じている。^{59 60 61} 出産および育児にかんして、自然分娩の場合と同様な一般的な不安をもち、母乳に対する関心も同じように強い。⁶²

4. 問題のある妊娠期の過ごし方

(1) 喫煙

妊娠中のタバコの煙による暴露は、能動喫煙と受動喫煙があり、有害である。そのマイナスは、妊婦本人への健康の影響だけでなく、必ず胎児の健康への影響をふくんでいる。タバコの煙の暴露は、「胎内から逃げるができない胎児の側からいえば、母親の喫煙は受動喫煙などというなまやさしいものではなく、まさに『強制喫煙』」⁶³である。妊婦および胎児に対する影響は、「因果関係を立証する際の判定基準（関連の一貫性、強さ、量 - 反応関係、特異性、時間的關係、生物学的妥当性など）がほぼ満たされている」とされる。⁶⁴

受動喫煙の影響は、低出生体重児の出生、

自然流産のリスクを高めると指摘されている。⁶⁵ 産後の喫煙は、乳幼児突然死症候群やアレルギー疾患などとの関連^{66 67 68}がある。

妊娠中の喫煙予防は、妊婦自身への禁煙と受動喫煙源への指導や対策が必要となる。妊婦自身への禁煙指導は、妊娠の判明時から必要である。これに対して家庭内での受動喫煙を避ける指導は、夫・家族などに対し喫煙と児への悪影響にかんする知識を伝え、協力を求めることである。もっとも難しいのは、職場における受動喫煙回避対策で、労働環境の整備の一環として勤めることである。さらに、もう一つ大きな問題は、医療従事者の高い喫煙率である。妊婦の禁煙を指導する立場にある者は、まず禁煙しなければならない。

(2) 飲酒

妊婦の飲酒による弊害は、子どもの胎児性アルコール症候群（FAS）とよばれ、生涯の問題となる。FASは、成長遅滞、中枢神経系の障害、特有な顔面の形成不全という3つの異常をもたらす。⁶⁹ その重大の度合は、「サリドマイド以上で、胎盤を瞬時に通過し妊娠全期間にわたり胎児に直接影響する（胎児は代謝能力を持たない）」⁷⁰といわれるほどである。

子どもの異常の違いは、母体の飲酒時期により決められる。きわめて妊娠初期の飲酒は「子どもの精神・運動遅滞との関連性」、妊娠後期の飲酒は「出生体重低下との関連性」、妊娠第3三半期以後の飲酒は「多動など中枢神経系の機能不全と関連」⁷¹している。飲酒量は、「そのほとんどが大量飲酒妊婦」^{72 73}で、しかも「妊娠中を通して飲酒」⁷⁴している。

健全な子どもを産むためには、子どもを望んだときから夫婦ともに禁酒しなければならない。⁷⁵ 医療従事者は、まず家族計画を立てることを推奨し、禁酒・妊娠、飲酒・避妊のいずれかを選択することを教育し、飲酒の弊害を伝えていくことが必要である。

第2節 産まされるお産から産むお産へ

1. 産まされるお産の実態

(1) 曜日・時間帯

産まされる出産は、病院、診療所にみられる現象である。病院、診療所での出産は、平日、13時から16時帯を中心に、9時から17時

までの9時間の間にほとんどの出産が集中している(表1、図3、図4)。病院における出産は、激しい偏りがみられる。土曜日の出産には、平日ほどの激しい偏りは認められない。休日の出産は、土曜日よりもさらに偏りが無い。診療所の平日と土曜日の出産は、出産数の違いはあるが、ほぼ同じ推移をしめている。病院と診療所における出産動向の違いの1つは、平日と土曜日のピークの差にみられる。このような現象は、助産所と自宅では認められない。

(2) 帝王切開率

施設別帝王切開率は、その施設のもつ機能により異なり、当然病院のほうが高くなっている。このことは、診療所から病院への母体搬送によるものである。1999年の病院における帝王切開率は、1990年の1.6倍となっている。帝王切開率は、このようにここ10年間で増加している。同様なことが診療所にもみられ、1.4倍となっている。⁷⁶

2. 産むお産を阻む要因

(1) 安全至上主義

出産は、正常と異常とが背中あわせの生理現象である。最近の産科医療技術は、異常の予防に対応できる水準に達し、万全の対策が可能となっている。当然のこととして、妊産婦と助産者は、異常防止を念頭に置いて医療技術の導入をよしとする。

現在、出産の主導権は、助産者なかでも産科医がにぎっている。積極的な見解は、「先手必勝の産科学」⁷⁷を標榜し、監視、管理しないものを「『ほったらかし分娩』であり、今日の周産期医療の姿ではない」と主張する。このことが医療技術の過剰介入をうみだしている。これに対して慎重な見解は、「“できる

だけ自然分娩を心がけるが、必要があればインフォームド・コンセントのもとに管理分娩とする”⁷⁹というものである。

産む主体である妊産婦も安全至上主義となっている。妊産婦は高年齢化し、出産は少産傾向にある。生まれた子どもは貴重児で、出産は生涯における一大イベントとなっている。妊産婦と助産者の両者の意向は、この点で一致し、安全至上主義に結実しているのである。

現在、産科医を安全至上主義に走らせているもう1つの要因は、医療訴訟の多発傾向である。医療訴訟から自らを守るために、医療の介入が積極的に行なわれるようになっていく。ここに、医療訴訟と医療介入の悪循環が認められるのである。

医療技術の介入

産む出産を阻み、産まされる出産をうみだしている要因は、医療技術の普及・介入である。WHOは、1996年、Care in Normal Birth: a practical guide (翻訳名『WHOの59カ条 お産ケア 実践ガイド』)で、出産にかかわるケアの検討を行い、正常なお産に行われる具体的な59のケアについて4つに分類し、解説している。つぎの医療技術(機器、薬剤)が不必要な介入であるとされる。具体的には、分娩監視装置(産まされる出産の主導権をにぎる分娩監視装置は、胎児心拍数をモニタリングするものである。近年増加している産科領域における医療訴訟に対応するため欠かせないものである)、陣痛誘発・促進剤(陣痛誘発・促進剤は、周産期管理にとって必要であり、妊産婦管理の改善に寄与してきた。しかし、使用による産科トラブルやその危険性に対し社会的批判と不安が高ま

表1 出生の場所別にみた1日平均出生数(2000年) (単位 件)

	病院	診療所	助産所	自宅	その他
平日	1919.8	1557.4	31.4	5.1	0.9
土曜日	1439.5	1408.5	29.4	5.1	0.9
休日(祝・日曜)	1349.1	1206.9	30.9	4.7	0.7

注: 平日は247日,土曜日は48日,休日は71日で算出した。

出典: 厚生労働省大臣官房統計情報部編『出生に関する統計 人口動態統計特殊報告』厚生統計協会,2002年,p.190~191,第18表より作成。

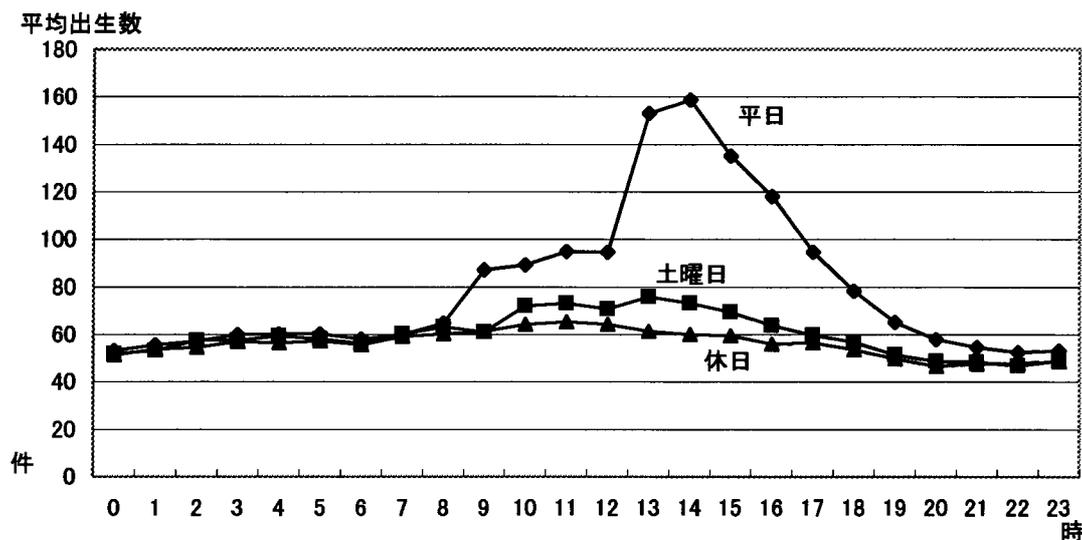


図3 病院における曜日別、時間別にみた平均出生数(2000年)

注: 平日は247日,土曜日は48日,休日は71日で算出した。

出典: 厚生労働省大臣官房統計情報部編『出生に関する統計』厚生統計協会,2002,p.193,第18表より作成。

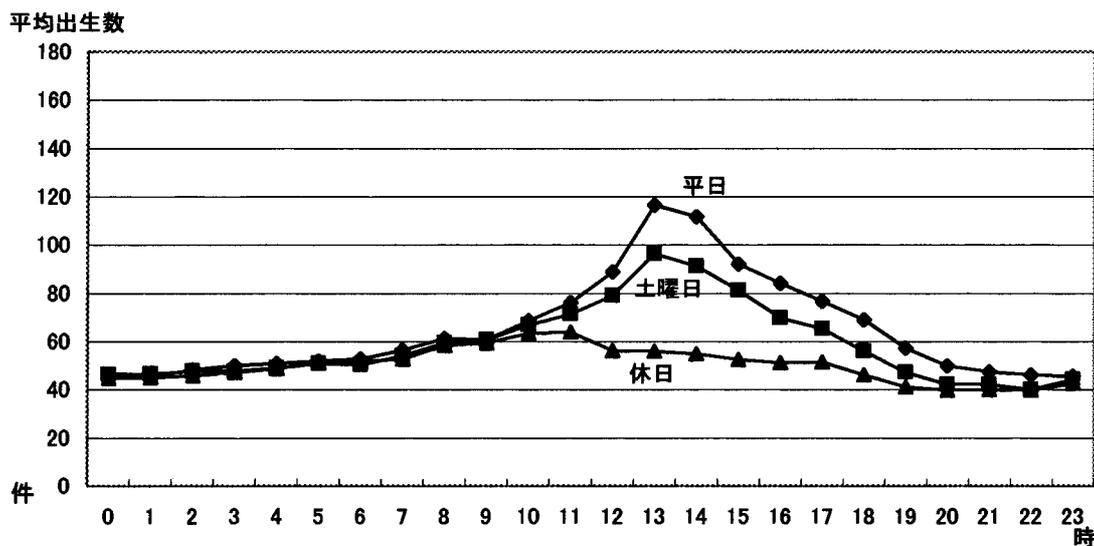


図4 診療所における曜日別、時間別にみた平均出生数(2000年)

注: 図3参照。

出典: 厚生労働省大臣官房統計情報部編『出生に関する統計』厚生統計協会,2002,p.194,第18表より作成。

っている。) 帝王切開(1990年代以降の貴重児という概念の定着、妊産婦の特徴を反映した社会的適応で上昇している)そして会陰切開(分娩台使用による娩出力低下を補うものとして実施され始め、分娩台を排除すればする必要はなくなり、施設分娩においても自然分娩に一步近づくことが可能となる)

である。

これらの医療技術を導入するのは、母子の安全の維持・向上のためである。周産期死亡率は、1990年に世界第1位となり現在にいたっている。これに対し、妊産婦死亡率は、1997年に世界のトップ・クラスに近づいたものの、まだ改善の余地がある。そこで厚生省

は、1998年、改善の方策を提言した⁸⁰。助産者は、母子の安全の維持と向上をめざして、改良発達した医療技術を積極的にとりこむのである。このことが、医療技術の過剰介入に途を開いた。さらに、妊産婦の自由な行動を制限し、妊産婦の主体性を喪失させた。この結果、産む出産は阻まれ、産まされる出産ということになるのである。

3. 産むお産の志向

(1) 産む主体の妊産婦の変化

現在、志向されている出産は、安全性を確保したうえで妊産婦の人としての尊厳を尊重したものである。このことは、妊産婦の産む力を引き出すと同時に、妊産婦が納得し、喜びや感激を体験することで自分自身の出産に満足することをめざしている。

1960年代半ばから積極的に導入された陣痛誘発・促進剤の弊害は、1970年代末になると顕在化した。産む主体である妊産婦は、計画分娩に抵抗し、拒否するようになった。助産者に反省をうながした『出産白書』⁸¹は、3人に1人が陣痛誘発剤を使われたとしている。さらに、1978年から始まった朝日新聞の「お産革命」という連載（後の藤田真一『お産革命』1979年）によって一般の人々に計画出産の問題が広く知られるようになった。

一方で、尊厳のある出産に大きく道を開いたものは、ラマーズ法である。日本母性保護医協会は、陣痛誘発・促進剤使用による計画分娩の医療事故に対する警告を發した。尊厳のある出産を求める動きに拍車をかけたものに、先にしめしたWHOの報告書がある。これに啓発されて「いいお産の日実行委員会」は、「お産困りますこんな処置」と題して医療の過剰介入の実態を新聞紙上で報告している。

産む出産への提言

医療の過剰介入に警告を發する提言として、世界レベルでは、ロバート・メンデルソン⁸²とすでにしめしたWHOがある。国内レベルのものは、2000年、『健やか親子21検討会報告書』である。

メンデルソンは、分娩台の使用を原点に過剰な医療介入が可能となり、弊害をうみだしていることを包括的に批判した。WHOは、『安全に母親になる』ためには、良質な医療

のバックアップが必要ですが、どんな医療が『良質』なのか⁸⁴を問うた。メンデルソンとWHOの指摘する点は、ほぼ共通している。「健やか親子21」の主要課題の1つは、「妊娠・出産に関する安全性と快適性の確保と不妊への支援」である。

「健やか親子21」の指摘は、これまでの産科医療が安全性を求めるがあまり快適性をないがしろにしてきたことへの警告である。つまり、メンデルソンが求める出産が人生でもっともすばらしい出来事になること、WHOが追求する安全に母親になることを障害してきたことへの国上げての警鐘でもある。

(3) 変容を迫られている助産者

WHOの提言は、産み生まれることのあり方にもっとも大きな影響をあたえた。それは医療の過剰介入のすべてを否定する。このことは助産者に助産技術、行為のあり方、考え方を再検討するきっかけとなった。まず、助産師には、これまで疑問視していた助産技術、産科医の助産行為にかんし、積極的に問題提起できる論拠をしめした。この提言は、助産師に発言のお墨付きを与えたともいえる。つぎに、産科医には、ルティーン化した助産技術、助産行為と定説化した助産技術を再検討する機会をあたえた。これらのことは、現在の過剰介入と問題視されている助産行為を規制することになる。助産師は、正常分娩においてさえ産科医のもとでの従属的な立場から脱出でき、本来の助産行為が可能となる。この結果、妊産婦の主体性が、回復、確立する。

今日の出産のあり方は、安全性と快適性を同時に求めている。このためには、分娩本来の自然なプロセスを重視した助産行為の確立が不可欠である。われわれは、医療の過剰介入を排除し、安全性と快適性を同時に達成できる助産行為への変革の途をめざさなければならない。その第1歩は、自然な正常分娩の助産の担い手である助産師に求められている。

第3章 現代におけるマタニティ・ ライフの経済学的考察

第1節 妊娠・分娩期にかかわる ソーシャル・ポリシ -

1. 制度体系

「人として産み、生まれること」にかんするソーシャル・ポリシ - の窮極の目的は、健やかに安全に産み、生まれることである。第1は、産む主体である母性の保護である。労働基準法は、勤労女性を時間外労働の制限、休日労働の禁止、危険有害業務の就業制限、坑内労働の禁止などの労働条件、生理休暇などを規定し、保護している。

第2は、妊娠中の母体保護である。それは妊婦を対象にし、間接的に子どもの保護につながる。母子保健法は、全妊婦に対し母子健康手帳を中心に保護している。労働基準法は、勤労女性に対し産前産後の休業、産前産後休業中の解雇制限などを規定している。

第3は、分娩期における保障である。保障制度は、医療保険を中心に医療扶助が補完する二重構造となっている。正常分娩にかんし、医療保険は現金給付となっており、異常分娩となると医療給付を行う。

2. 制度体系の欠陥・縮小化

出産保障政策の最大の欠陥は、正常分娩にかんし医療給付を行っていないことである。この考え方の前提は、正常分娩は疾病ではないというものである。したがって、疾病に対応する医療保険は、正常分娩には対応しない、ということになる。

医師は、⁸⁵医療給付よりも現金給付を肯定している。前原は、現在の医療保険で出産を現物給付とした場合、分娩の算定基準は当然助産婦単独の管理による分娩料におかれる可能性がきわめて大である、と低価格化に反対している。

しかし、1985年6月、第102回国会の衆議院決算委員会で金子みつ（日本社会党）は、正常分娩に医療給付を行うことを求めた。それに対し厚生省は、疾病に対応する医療保険は、正常な生理現象である正常分娩には対応しない、と答弁した。しかし、分娩は、常に正常から異常へ急変する可能性をもってい

る。ここに現物給付が求められるのである。

国連は、1979年、「女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約」を定め、募集、採用から停年・退職までのすべての雇傭上の男女差別を撤廃する立法を締結国に義務づけた。日本は、1985年批准し、同年、条約批准のための前提条件である雇傭上の男女平等立法として「雇用の分野にける男女の均等な機会及び待遇の確保等女子労働者の福祉の増進に関する法律」（男女雇用機会均等法）を制定し、1986年4月施行した。

これをうけ労働基準法のプラスの改正は、産後休暇の延長、妊産婦保護の拡充、マイナスの改正は、妊産婦以外の女性に対する時間外・休日労働および深夜業の規制の緩和ないし一部廃止である。このマイナス面は、男女雇用機会均等法の改善が進まないのに反し、「時間外労働等の増加は顕著であり、多くの職場で、仕事がきつくなりいつまで働き続けられるか分からない、という声がかかれるようになった」ということに象徴される。

第2節 妊娠期・分娩期にかかる費用

1. 妊娠・分娩にかかる費用

妊娠・分娩にかかる費用は、異常分娩の場合を除きすべて保険給付外の自由診療となっている。したがって、費用は医療機関ごとに異なっている。^{注5} 妊娠期の最初の費用は、妊娠を確認するための検査料である。妊娠が確認されると、妊婦定期健診料と出産に備えての費用がかかる。分娩期は、分娩料負担の問題が生じる。それは医療保険が、正常分娩と異常分娩とで給付の規定が異なるので大きな違いとなる。

『家計調査年報』は、2001年以降、「出産入院料」を独立させた。「出産入院料」の項目としての独立化の背景には、家計調査において「出産入院料」が、特別に記入されるようになったからである。それは正常分娩に現物給付がなく、「出産入院料」が、妊娠・出産する世代にとって大きな家計負担となっていることをしめしている。

2. 不妊治療にかかる費用

1990年代に一般化した不妊治療を受けている人は、現在、28万5000人、費用は1回あた

り平均、人工授精が1万円、体外受精が30万円であると厚生労働省は推定している。何度も試みる人が多く治療費がかさみ経済的負担が大きくなる。

不妊治療が一般化されるにつれ、1998年ごろから経済的支援を実施する地方自治体が増え、2000年以降急増している。2003年4月時点で16県の54市町村が経済的支援を行い、助成金額は、年度あたり3万から70万と大きな開きがある。地方公共団体の意図は、少産化対策である。これに対し、治療の経験者は、「子どもを持つ持たないは個人の自由なのに、産めよ増やせよ、といわれている少子化対策なら、保育所に子どもを預けやすい環境づくりなど、ほかにやることがあるはず⁸⁷」といっている。

不妊治療に対する地方公共団体の経済的支援に刺戟され、国も対応し始めている。医師でもある坂口厚労相は、2002年7月、『不妊治療については、費用補助が全く出ず、また、不妊治療を受けるものも増えているため、妊婦健診の問題と合わせて、国として少子化対策の中に入れていきたい』との意向⁸⁸をしめした。少子化社会対策基本法の衆議院内閣委員会は、2003年、審議を開始し、不妊治療への助成金をもうけることもくわえた。この法案に対し、日本弁護士連合会（本林徹会長）は、「基本法案が規定している国民の責務は『子どものいる家庭』という家族像を押し付けるものとなりかねない。婚姻や出産に関する自己決定権の尊重を否定するおそれがある⁸⁹」と批判している。

おわりに

1990年代の「人として産み、生まれること」は、「ワーキング・マザー」の思考と行動にせめられる。彼女たちは、勤労女性として妊娠、出産、育児を主体性をもって円滑に行くことを志向している。このように考えている勤労女性は、仕事を優先し、婚姻、妊娠の時期を決定している。この結果、場合によっては「できちゃった結婚」となり、また、不妊治療を必要とすることにもなる。勤労女性は、主体的に人として生き、主体的に人として産

むことを考えるようになった。このことは世界的な潮流であるリプロダクティブ・ヘルス/ライツを支持する基盤を構成している。

絶対安定の施設分娩は、母子保健の水準を世界トップの座にすえた。しかし、医療の過剰介入による管理分娩をもたらし、妊産婦の主体性を失わせた。医療の過剰介入を排除し、主体性の奪還を求める新潮流が芽生えはじめている。メンデルソン、WHOなどの提言は、主体性奪還の「導きの糸」となり、この傾向に大いに力をかけている。

ところで、出産は、正常と異常の背中あわせの生理現象である。したがって、安全を求めることは言をまたない。この安全を求めることが、安全至上主義に陥り、安全に名を借りた医療の過剰介入を必然化させることでもあるのである。

1990年代以降の出産には、安全性の確保と医療の過剰介入の排除を積極的に求められている。産まされる出産から産む出産への転換である。また、所得保証にとどまっている出産に対する医療保険の改定も不可避とされている。これらの転換は、妊産婦、助産師、産科医、さらに医療保険関係者それぞれの意識の転換が、絶対的に必要とされる。

本研究は、平成12年度(財)生命保険文化センター学術振興助成事業の助成金による研究の一部をまとめたものである。

<注>

注1 「できちゃった結婚」は、第1子を出産した年月から夫婦が実際に同居を始めた年月を差し引いた期間（結婚期間）が、妊娠期間（10ヶ月）より短いケースのことである。

注2 妊産婦体操の定着には、頑迷な産科医の反対にあい、多くの時間を要した。1954年、妊産婦体操を最初に紹介した笠原トキ子は、「長谷川敏雄（東大教授）から『妊婦に体操をさせるなんてもってのほか』と反論され」（松本清一「妊産婦体操の歴史 - 35年の歩み」助産婦雑誌、Vol.52、No.11、1998年11月、p.54）、沈黙せざるを得なかった。妊産婦体操は、1959年から60年代にかけて、まず、文献による紹介が行なわれ（妊産婦体操の紹介は、1959年、松本清一「安産を約束する妊婦体操」

(『母子全集』主婦と生活社)で復活した。1960年、浅野一雄「欧州における母子保健」(公衆衛生、第24巻、第10号) 1962年、尾島信夫『妊娠・お産百科』主婦の友社、1964年、浅野一雄『妊産婦体操』(出版社不明)、1965年、松本清一「英国の母性衛生」(助産婦、第19巻、第2号)、1966年、松本清一『妊産婦保健管理』(文光堂)、Maternity Center Association著古賀良平訳『妊産婦のリハビリテーション』(医道の日本社)、つぎに、講習会が開始され(1965年)、妊産婦体操研究委員会が発足(1966年)した。1970年には助産婦教育課程に妊産婦体操がふくまれた。1971年、母子保健体育指導者講習会の費用が予算化され、妊産婦体操の普及活動は、国の事業となった。

注3 受動喫煙とは、シガレットの点火端でくすぶり、空中に放散される副流煙と、未燃焼部を通して喫煙者に吸入された後、吐き出される主流煙とが、室内の大量の空気で希釈・混合されてエロゾルを形成する。これが環境中たばこ煙ETS(Environmental Tobacco Smoke)であり、このETSに曝露することが受動喫煙である。

注4 合計結婚出生率は、ある期間(通常1年間)の夫婦の出生率を前提とした場合の夫婦1組から生まれる平均出生児数である。夫婦の結婚持続期間別出生児数を分子、当該夫婦数を分母にして計算される結婚持続期間別出生率を合計したものである。これは、合計特殊出生率のように結婚動向に左右されないかわりに、夫婦の出生ペースに影響される。

注5 『ブレモ』(2巻8号、2003年8月号)によると、初診料の平均6,032円、最低1,640円、最高1万5000円、妊婦定期健診費平均8万6829円、最低3万円、最高20万円、分娩費平均36万8697円、最低16万5000円、最高62万円である。

<引用・参考文献>

- 1 厚生労働省大臣官房統計情報部編。平成12年人口動態統計上巻。東京：厚生統計協会；2002。p.109表4-18(母の年齢別にみた出生数の百分率から妊婦の年齢構成をみる)。
- 2 妊婦の就業状況を直接しめすデータはないので総務省統計局『労働力調査』の既婚女性の労働力率で代替する。
- 3 厚生労働省雇用均等・児童家庭局編。平成13年版女性労働白書 働く女性の実状。東京：21世紀

- 職業財団；2002。付12付表5。
- 4 『女子雇用管理基本調査』による(1994年までは労働省、1997年は厚生労働省)。
- 5 前掲書1。
- 6 厚生労働省大臣官房統計情報部編。出生に関する統計。東京：厚生統計協会；2002。238第2表。
- 7 前掲書6。236-237第1表。
- 8 前掲書6。
- 9 武谷雄二編。新女性医学体系15不妊・不育。東京：中山書店；1998。17。
- 10 日本産科婦人科学会。平成12年度倫理委員会、登録・調査小委員会報告。日本産科婦人科学会雑誌 2001；53(4)：1462-1473。
- 11 厚生科学審議会先端医療技術評価部会、生殖補助医療技術に関する専門委員会。精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療のあり方についての報告書。東京：厚生労働省；2000。1-41。
- 12 日本産科婦人科学会委員会提案。非配偶者間の体外受精に関する倫理委員会見解(案)。日本産科婦人科学会誌 2001；53(4)：30-32。
- 13 毎日新聞社人口問題調査会編。日本の人口-戦後50年の軌跡-(全国家族計画世論調査報告書)。東京：毎日新聞社人口問題調査会；2000。
- 14 妊娠判定薬のHP「自分の妊娠、自分でチェックし健康管理」のページ。
<<http://wise-jp.com/b200009/pregnancy.pdf>> (2002.11.13アクセス)
- 15 林謙二。家族計画の動向とバブル崩壊の影響について。日本の人口-戦後50年の軌跡-(全国家族計画世論調査報告書)。東京：毎日新聞社人口問題調査会；2000。223。
- 16 小川直宏。女性のキャリア志向の進展と出産のタイミング変化-新少子化社会到来の前兆か?-。日本の人口-戦後50年の軌跡-(全国家族計画世論調査報告書)。東京：毎日新聞社人口問題調査会；2000。179-210。
- 17 P. and。1985.10；1：5。
- 18 松木玲子。マタニティ雑誌にみる妊産婦の意識と感覚。助産婦雑誌。1993；47(1)：46-53。
- 19 伊藤博之。マタニティスポーツ-運動の適応と限界。周産期医学。1990；20(臨時増刊)：82。
- 20 同前。
- 21 厚生労働省雇用均等・児童家庭局。平成12年度乳幼児身体発育調査報告書。2001.10.24；雇児母発第(60)。

- 22 中室嘉郎．喫煙妊婦の保健指導．ペリネイタルケア．1991；10（1）：46 - 56．
- 23 箕輪真澄．妊婦と喫煙．からだの科学．1990；（151）：59 - 63．
- 24 前掲書22．
- 25 田中郁子、池内和代、横田妙子他．受動喫煙が分娩・胎児におよぼす影響．ペリネイタルケア．1991；10（1）：32 - 37．
- 26 前掲書21．
- 27 前掲書1．
- 28 前掲書1．
- 29 国立社会保障・人口問題研究所編．平成9年日本人の結婚と出産．東京：厚生統計協会；1998．20図2-1．
- 30 同前。
- 31 人口動態統計．各年．
- 32 人口動態統計．各年．
- 33 厚生統計協会編．国民衛生の動向・厚生指標．東京：厚生統計協会；2002；49（9）：59．
- 34 前掲書1．100表4.7．
- 35 渡部尚子、島田三恵子．利用者の立場から見て望ましい出産のあり方に関する研究平成11年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第3 / 6）358 - 411．
- 36 落合聡子．妊娠も出産も、そして子育ても『おしゃれ』の時代．助産婦雑誌．1991；45（9）：6 - 7．
- 37 日本経済新聞 夕刊．2001.6.8．
- 38 大村清．里帰り分娩にみられるリスク．周産期医学．1988；18（3）：37．
- 39 同前：38．
- 40 品川信良、野村雪光、片桐清一他．『里帰り分娩』に対する社会医学的考察．日本医師会雑誌．1978；80（3）：351 - 355．
- 41 野村雪光、平岡友良、吉田秀昭他．里帰り分娩の最近の動向．周産期医学．1991；21（臨時増刊）：691 - 694．
- 42 前掲書、35．
- 43 瓢風須美子．里帰り分娩が家庭の発達課題の達成におよぼす影響 - 都市における調査成績をとおして - ．母性衛生．1987；28（1）：144 - 152．
- 44 前掲書38：37 - 44．
- 45 吉田至誠、伊達順子、酒井マユミ．里帰り分娩を受け入れるにあたって．ペリネイタルケア．1990；9（1）：15 - 21．
- 46 前掲書41．
- 47 大坂暢子、川村泰香、築部典子．首都圏からの里帰り分娩について．母性衛生．1991；32（3）：342 - 349．
- 48 加藤春子、安東京子．里帰り分娩に対する一考察 - 網走管外からの里帰り分娩を通して - ．母性衛生．1997；38（4）：389 - 395．
- 49 同前。
- 50 前掲書40．
- 51 母子衛生研究会編．母子保健の主なる統計．東京：母子保健事業団；2003．95第54表．
- 52 本多洋．妊婦ケアの歴史．周産期医学．2000；30（12）：1571．
- 53 島田信宏．検査データが教えること、教えないこと、迷わせること．周産期医学．1995；25（10）：p.1299．
- 54 教育・用語委員会．35歳以上の初産婦を高年初産婦とする．日産婦誌．1992；44（10）：1338．
- 55 安藤広子．高齢初産婦の胎児異常に対する不安と不安への対処 - 羊水検査との関連から - ．日本赤十字看護大学紀要．1996；10：43 - 54．
- 56 佐藤秀平．若年妊娠の問題点．周産期医学．2002；32（2）：175 - 178．
- 57 森恵美、森岡由紀子、斎藤英和．体外受精・胚移植法による治療患者の心身医学的研究（第2報） - 不安とその関連要因との検討 - ．母性衛生．1994；35（4）：341 - 349．
- 58 千葉ヒロ子、森岡由紀子、柏倉昌樹他．不妊症女性の治療継続にともなう精神心理的研究．母性衛生．1996；37（4）：497 - 508．
- 59 水谷喜代子、八木由紀子、熊谷香代子他．不妊治療後の妊婦の心理．助産婦雑誌．1996；50（1）：75 - 79．
- 60 原口眞紀子、澤田みどり、千葉真子他．体外受精の母親が持つ児に対する不安 - 自然妊娠の母親との比較から - ．母性衛生．2001；42（1）：79 - 86．
- 61 岸本長代、西本由美、宮田明美．不妊治療後の妊婦の不安の特徴 - 自然妊娠による妊婦の不安との比較から - ．母性衛生．1996；37（4）：382 - 390．
- 62 同前。
- 63 箕輪真澄．妊婦と喫煙．からだの科学．1990；（151）：59．
- 64 喫煙と健康問題に関する検討会編．新版 喫煙

- と健康 - 喫煙と健康問題に関する検討会報告書 .
東京 : 保健同人社 ; 2002 .
- 65 同前 . 239 .
- 66 外間登美子、浜本いそえ、宮城万里子他 . 母親の喫煙に関する調査成績 (第 1 報) - 乳児をもつ母親のアンケート調査より - . 母性衛生 . 1995 ; 36 (2) : 240 - 242 .
- 67 田中哲郎、加藤則子、土井徹他 . 乳幼児突然死症候群の育児環境因子に関する研究 - 保健婦による聞き取り調査結果 - . 日本公衆衛生雑誌 . 1999 ; 46 (5) : 364 - 372 .
- 68 宇津木恵 . 母子をとりまく環境 : 出生前・後喫煙暴露と、乳児のアレルギー疾患発症の関連 . 公衆衛生研究 . 2001 ; 50 (3) : 209 - 210 .
- 69 Rosett HL . A Clinical perspective of the fetal alcohol syndrome . Alcoholism . 1980 ; 4 : 119 - 120 (出生前および / あるいは出生後の成長遅滞 : 妊娠期間を補正して、体重、身長および / あるいは頭位が 10 パーセントイルより下、中枢神経系の障害 : 神経学的異常の徴候、発達遅滞、あるいは知能障害、 特有な顔面の形成不全で以下の 3 徴候のうち少なくとも 2 徴候を有する : 小頭、小眼球および / あるいは短眼瞼裂、人中形成不全、薄い上口唇および平坦な上顎部) .
- 70 新美洋一 . 妊婦と飲酒 . 産婦人科治療 . 1994 ; 68 (5) : 773 .
- 71 田中晴美 . 飲酒・喫煙による先天異常 . 小児看護 . 1989 ; 12 (11) : 1526 .
- 72 「大量」飲酒の基準としてある時に少なくとも 5 杯 (純アルコール 75ml)、そして月に少なくとも 45 杯 (純アルコール 675ml) とされ、「少量」とは、月に 1 回以下でいかなる時にも 5 杯は飲まない量とされている (前掲書 71) .
- 73 前掲書 71 .
- 74 同前 .
- 75 夫の飲酒による児への影響については以下の文献で指摘されている。前掲書 71 . 前掲書 70 : 777 .
- 76 前掲書 51 : 123 第 86 表 .
- 77 日高敦夫 . 分娩誘発・促進時における事故防止 . 周産期医学 . 1998 ; 28 (3) : 359 .
- 78 島田信宏 . 人の分娩には何故監視と管理が必要か . 周産期医学 . 1998 ; 28 (12) : 1639 .
- 79 柳田隆 . 聖母病院における分娩管理の現状 . 周産期医学 . 1998 ; 28 (12) : 1572 .
- 80 「欧米に比べて発生率が高い妊産婦の死亡を防ぐため、妊婦が亡くなったときの状況や件数を性格に把握するデータ管理制度を都道府県ごとに発足すべきだ」と提言した (『日本経済新聞』 1998 年 5 月 9 日付) .
- 81 国際婦人年大阪連絡会編 . 出産白書 . 大阪 : 国際婦人年大阪連絡会 ; 1979 .
- 82 日本母性保護医協会編 . 研修ノート 分娩誘発法 . 東京 : 日本母性保護医協会 (43) ; 1992 .
- 83 Robert S . Mendelsohn の MALE PRACTICE : How Doctors Manipulate Women , 1981 (翻訳名 『それでも医者にお産をまかせますか?』 2000) .
- 84 WHO、戸田律子訳 . WHO の 59 カ条 お産ケア実践ガイド . 東京 : 農村漁村文化協会 ; 1997 . 11 .
- 85 前原大作 . 今後の出産給付のあり方 . 周産期医学 . 1979 ; 9 (2) 臨時増刊号 : 148 .
- 86 中島通子 . 女性の労働と賃金 . 女性のライフサイクル . 東京 : 東京大学出版会 ; 1989 . 65 .
- 87 朝日新聞、2003 年 5 月 2 日付け .
- 88 同前 .
- 89 朝日新聞、2003 年 5 月 23 日付け (夕刊) .
- 90 同前 .