

## 論 文

## 日本の子産み・子育て政策の現状と課題

——当事者主体の政策へ——

中山 まき子

同志社女子大学・現代社会学部・現代こども学科・特別任用教授

## The State of Japan's Pregnancy, Birth, and Parenting Policies:

Policies for Individual Autonomy

NAKAYAMA Makiko

Department of Childhood Studies, Faculty of Contemporary Social Studies,  
Doshisha Women's College of Liberal Arts, Special appointment professor**Abstract**

This paper addresses issues originating in the 20<sup>th</sup> century that affect women and parents and relate to pregnancy, birth, and parenting; actual conditions are described based on a multifaceted approach. For this study, a content analysis of four laws (passed 1990 – 2018) and other policies of the national government relevant to pregnancy, birth, and parenting in Japan was performed. We will clarify the gap between women and parents and the policies meant to support them and discuss the issues and challenges related to pregnancy, birth, and parenting policies in Japan. In this study, a content analysis of documents providing data and, in some cases, materials, was conducted.

Women and parents face challenges at work, such as choosing the childbirth method, finding suitable childcare, and returning to work after completing childcare leave. Moreover, many problems center around medical care. The national government has passed four relevant laws and other government policies, which together amount to what has been described as unbroken and comprehensive support, indicating that a mechanism has been instituted to support the entire process of pregnancy, birth, and parenting. Such policies are targeting the declining birth rate, and a target total fertility rate (TFR) value of 1.8 is generally put forth in these policies. However, even though these policies have been instituted, the TFR for fiscal year 2017 only reached 1.43. Although various support services are in place, their actual functioning depends on administrative entities, and it is uncertain whether they are being operated according to the actual perspectives of women and parents.

Generally, measures that address inconsistencies from the perspectives of women and parents include the basic philosophy of user-oriented services outlined in the Long-Term Care Insurance Act and implementation through the appointment of highly qualified professionals, such as care managers, who can shoulder the core responsibilities of long-term care specialists.

キーワード：日本の子産み・子育て、当事者、政策、少子化社会

Pregnancy, Birth and Parenting, Japan's policy, Individual autonomy, Total fertility rate

## 序章

### (1) はじめに

2015年秋、日本政府は「一億総活躍社会—家庭・職場・地域で誰もが活躍できる社会—」のフレーズに基づき、「夢をつむぐ子育て支援」・「介護離職ゼロ」などを政策プランとして掲げた<sup>1)</sup>。他方、実社会では子どもたちの貧困、非正規労働に従事する若者、奨学金破産、介護離職など若者たちの現状の一端が報じられ、『一億総貧困時代<sup>2)</sup>』と題された書籍が著されている。このように、日本社会の「産み・産まれ」・「育ち・育てる」現況は、標語と実態の乖離を認識せざるを得ない。

そこでまず子産み・子育て当事者の現状や諸問題を明確にする必要がある。同時に、国の子産み・子育て政策の目的・内容・政策成果等を点検する必要もある。すなわち、現政策が掲げた家庭・職場・地域などあらゆる場で子どもを産み・育てながら活躍できる社会の形成という政策の成果を、子産み・子育て当事者の現況と照らしあわせて読解・検討する必要がある。

### (2) 目的と方法

本稿の目的は、第1に、21世紀の日本で子産み・子育て当事者となった女性たちの現況や問題を多角的に把握し、実態を明確化する。第2に、日本の子産み・子育てに対応しようと国／政府が提供するさまざまな政策及びその推進過程を点検する。具体的には、少子化の進行に伴い同対策が国の政策に組み込まれるようになった1990年から2018年現在までの、約30年間にわたる諸政策の推移を読み解く。

以上を通して、当事者と政策との接合や乖離を解説し、日本の子産み・子育て政策の問題を示し、当事者主体の政策転換案を提示する。

本稿で用いる方法は、資料群の内容分析であ

る。直近約30年の子産み・子育てに関する、①当事者が直面している現況に関する資料群と、②国が施行してきた政策群を対象資料とした。

### (3) 背景：少子化の進行と4種の法律制定

#### —「1.57ショック」からの30年間—

過去30年余の日本の子産み・子育て状況を、「出生率・少子化・少子化対策／政策」面から概観する。合計特殊出生率が丙午年を下回った1990年は、その特異性に注目が集まり1.57ショックという表現が作られた程である。同年を期に日本政府は少子化に歯止めをかけるため、次々と政策を打ち出し続けている(図1参照<sup>3)</sup>)。

第2次世界大戦後、子産み・子育て関連の政策立案や施行を管轄する行政府は主に厚生省であった。しかし1990年に初めて4省庁・4大臣(文部・厚生・労働・建設)が協同し「エンゼルプラン」を策定し、以降複数省庁が共同で少子化対策を政策課題とし、やがて内閣府・大臣官房を核とする重要課題になっていく。図1に示すように21世紀に入ると4種類もの法律が少子化対応として公布され、大量の施策が施行され、複数の会議が開催され続け2018年現在に至る。4種類とは、第1に「少子化社会対策基本法」(2003年9月公布・施行)、第2に「次世代育成支援対策推進法」(2003年7月公布・段階的施行)、第3に「子ども・子育て支援法」(2012年8月公布、2015年4月完全施行)、第4に「まち・ひと・しごと創生法」(2014年11月公布・施行)である。

第3の「子ども・子育て支援法」は、同法と同時に「関連三法」(認定こども園法の一部改正法、他。後述)が、内閣府・文科省・厚労省の三省提案で合意された。また同三法は、公布から3年後の本格施行に向け、子ども関連施策担当者が総動員され、認定こども園、保育所を含む子ども関連全施設、小学校・幼稚園に

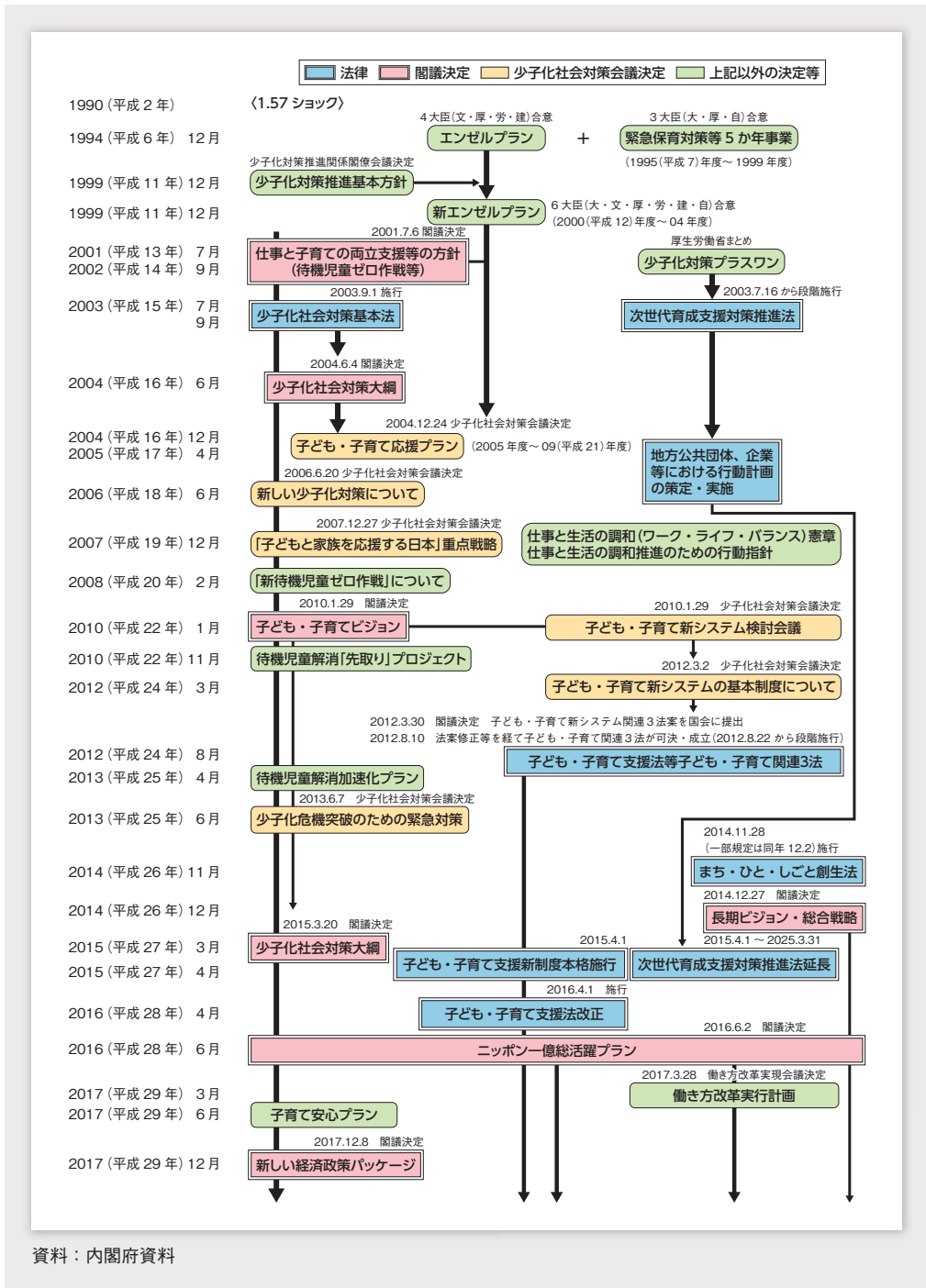


図 1. 日本政府等が実施してきた「少子化対策」の取組概要—1990年～2017年末まで—  
 出典：平成 30 年版『少子化社会対策白書（全体版〈HTML 形式〉）内閣府』（第 2 章第 2 節）。  
<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2018/30pdfhonpen/pdf/s2-1-3.pdf>  
 2019.5.21 取得

対しても大規模改革を求める法律になっている。

第4の「まち・ひと・しごと創生法」は、法律名に少子化対策や子産み・子育てを連想させる文言はない。しかし、第1条に「少子高齢化の進展に的確に対応し、人口の減少に歯止めをかけるとともに、東京圏への人口の過度の集中を是正する」と明記され、ひと創生＝少子化対策である。5年後の見直し規定が配され、連動して児童福祉法、母子保健法なども改定されることになる。

図1に示すように、複数の法律制定・改定・連動する多くの施策が施行され、2015年には具体的数値目標「合計特殊出生率の目標1.8」<sup>4)</sup>が掲げられた。しかし、2017年度の合計特殊出生率は1.43・出生数は94万6060人で、明治32年の人口に関する調査開始以来、過去最小である<sup>5)</sup>。つまり約30年間国が実施してきた「少子化対策」を標榜する政策成果は今の所全く見られないのである<sup>6)</sup>。ではなぜ、政府が発出する膨大な政策は、少子化対策機能がないのだろうか。

## 第1章 子産み・子育てを選択した「当事者たち」

第1章では、21世紀以降の「子産み・子育て

を選択期に該当する当事者／女性たち」(主に10代～40代前半)に焦点をあて、当事者の実態、選択、取り巻く状況等を政府統計や諸研究成果から抽出し、「当事者側」の実態を解説する。

### (1) 女性たちの就業状況・就業できない理由

内閣府男女共同参画局編集の『男女共同参画白書』には、「女性の就業希望者の内訳」に対する調査結果が毎年示される。直近2017年度版報告では、15～54歳までの7割以上の女性がなにかしかの労働に従事し、残る3割の非就業の女性のうち、262万人(約10%)は就業を希望している。この就業希望者たちが求職していない理由の第1位は「出産・育児のため」35.6%、第2位は「適当な仕事がありそうにない」26.8%となっている(図2)。

直近の厚労省人口動態調査<sup>7)</sup>からは、女性が子どもを出産する平均年齢は、「第1子は30.7歳(男性32.8歳)、第2子は32.6歳(男性34.5歳)、第3子は33.6歳(男性35.5歳)」である。因みに1975年時のそれは、「第1子25.7歳(男性28.3歳)、第2子28.0歳(男性30.8歳)、第3子30.3歳(男性33.4歳)」で、約40年間で女性が第1子及び第2子を出産する平均年齢は5歳程上昇し、30歳代になって

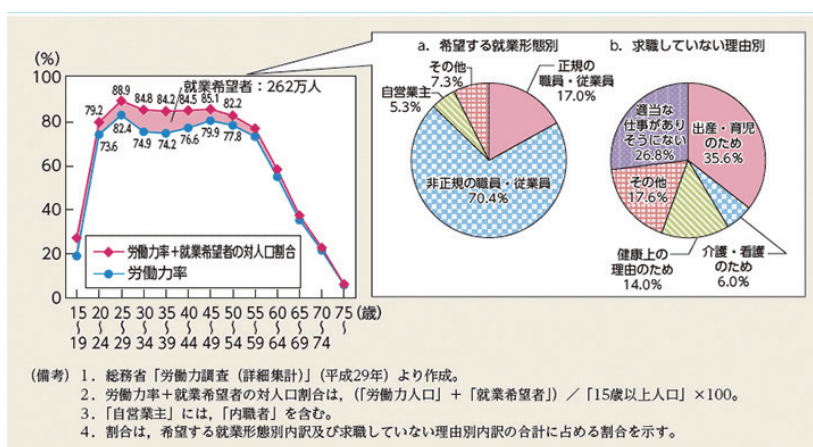


図2 女性の就業希望者の内訳(2017年)

内閣府男女共同参画局編『男女共同参画白書(概要版)平成30年度版』

[http://www.gender.go.jp/about\\_danjo/whitepaper/h30/zentai/html/zuhyo/zuhyo01-02-08.html](http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h30/zentai/html/zuhyo/zuhyo01-02-08.html)、2019年5月24日取得

からの第1子出産に移行している。

(2) 働く女性と育児休業・育児支援

①育児休業取得か・退職か

男女雇用機会均等法や男女を対象とする育児休業制度が整い、子どもを産み・育てながら働き続ける道筋は制度的には整備され続けているように見える。では就業後の女性たちは妊娠・出産を期に育児休業制度を活用し働き続けているのか。国立社会保障・人口問題研究所では「出生動向基本調査（結婚と出産に関する全国調査）」を実施し続け、精度の高い育児休業取得状況を「妻のみ（に限定）」ではあるが示し続けている。最新の「第15回調査」（2015年）結果と、過去1985年から2014年まで約30年間の、妻の第1子妊娠・出産と就業継続／非継続、さらに育児休業制度利用の有無の変化を6期区分して示している（図3参照）。本図から判ることを述べる。

- 出産を期に退職する妻は、1985～89年時37.3%、2010～14年時33.9%で、約30年間で約4%しか減少していない。つまり、30年間様々な労働及び産・育政策が施行されても、出産を契機に約3割の妻が退

職している状況は変わらない。また、妊娠前から無職の妻は、調査開始時には35.5%であり、2010～14年時点には23.4%と減少した。ただ、結婚している約4人に1人の妻は妊娠前から仕事をしていない。

- 2010～14年の出産前まで就業していた妻を分母にすると、46.9%が出産退職している。また残る53.1%の就業継続者の中で、育児休業を利用した妻は約4分の3人で、残りは育児休業を利用していない。
- 1995年から2009年までは、育児休業法施行後も関わらず、出産退職が増え続け、全体の4割を超える妻が出産退職者である。
- 出産後も就業を継続する妻たちは、1985年の24.1%から、2014年の38.3%と、約14%増加しているに過ぎない。ただ、こうした妻たちの育児休業利用率は年々増加している。
- 出産後も就業を継続し、その上「育児休業を利用せず」働く妻は30年間概ね10%を超えて存在する（2005～2009年は9.5%）。以上、日本の性別役割分業体制は強く維持さ

(第1子の場合)

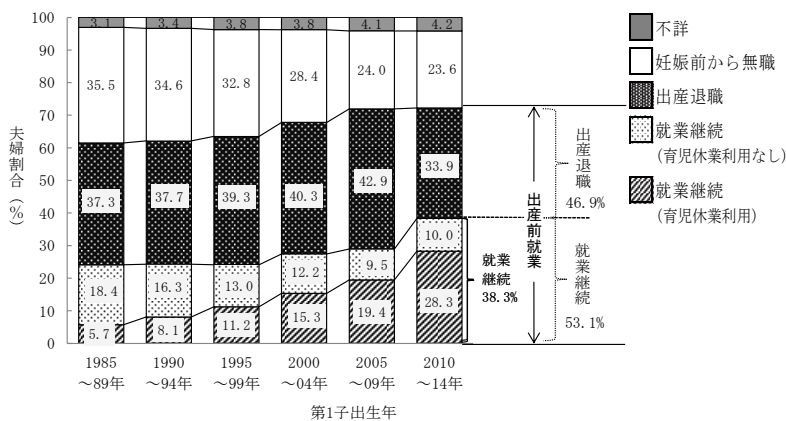


図3 子どもの出生年別に見た、出産前後の妻の就業変化

出典：国立社会保障・人口問題研究所「第15回出生動向基本調査（結婚と出産に関する全国調査）」第II部、52頁。http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/doukou15\_gaiyo.asp、2018.8.17取得



れている。また、働き続ける妻の中には、育児休業を利用せずに働く女性たちが少なくない。厚生労働省調査 2016～17 年度調査では、女性の育児休業取得率を約 8 割と公表している<sup>8)</sup>。先と異なる数値は、働いている女性／妻の 46.9% (2010～2014 年) が出産前に退職し、就業を継続する 53.1% を分母とし、その中で育児休業を利用した女性／妻が約 8 割存在するというデータである。厚生省調査では、出産前に退職した女性を除外した数値を分母にしている点を見落とさずに解釈する必要がある。

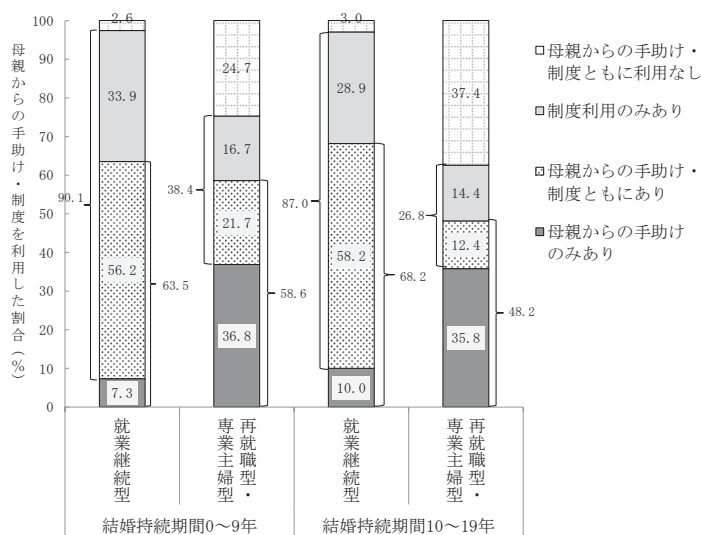
先の国立社会保障・人口問題研究所の調査結果は、第 1 子出産に対するデータだけでなく、第 2 子・第 3 子出産に対する結果も集計・公表されている(前出の統計参照)。それによると、第 1 子出産後も就業を継続した女性たち(育児休業利用者・非利用者の両者)の 2 割が、第 2 子出産に際して退職している。第 3 子出産時には、さらに働き続けた女性の 2 割が出産退

職をしている。

その上、子どもを産み終えた無職の妻を全分母とした際の 86% がパート・派遣での就業を希望している。「その背景には経済的理由がある」(同調査、56 頁)と分析されている。

②働き続ける女性と子育て制度・子育て助け人

第 1 子の妊娠・出産をへて就業を継続している約 4 割の女性たちは、第 1 子の子育てをどのように実施しているのか。2015 年調査で興味深い結果が示されている。就業に際し、子育ての「手助け、制度・施設利用状況」結果である。結婚期間 9 年以内の、就業を継続する子育て者たちが子どもが 3 歳になるまでの間活用したサポートは、①「母親からの手助けのみ = 7.3%」、②「母親からの手助け + 制度利用 = 56.2%」、③「制度利用のみ = 33.9%」、④「母親からの手助けなし・制度利用なし = 2.6%」で、母親(実母・義母の記載無)と制度の両者の重要性が際だっている(図 4)。



注: 対象は 3 歳以上の子を持つ初婚どうし夫婦(子ども数不詳、予定子ども数不詳、母親の手助けおよび制度利用状況の不詳を除く)のうち、妻の就業経歴が就業継続型(結婚持続期間 0～9 年の客体数 233、同 10～19 年 471)、再就職型および専業主婦型(結婚持続期間 0～9 年の客体数 471、同 10～19 年 1,109)のいずれかに該当するもの。妻の就業経歴については、第 1 子妊娠時、第 1 子 1 歳時、および現時点での妻の従業上の地位により分類しており、詳細は巻末「用語の解説」を参照。「母親からの手助けあり」は、図表Ⅱ-4-18 の注に同じ。「制度・施設の利用あり」とは、第 1 子について、図表Ⅱ-4-16 の表頭に掲げる制度や施設のうち「子育て支援センター・つどいの広場など地域の親子交流や相談の場」を除く少なくとも一つ以上の利用があった夫婦。

図 4 就業経験・結婚持続期間別みた、第 1 子が 3 歳になるまでに受けた母親(子の祖母)からの子育ての手助けと制度・施設の利用状況: 第 15 回調査 (2015 年)

出典: 国立社会保障・人口問題研究所「第 15 回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)」第 II 部、62 頁、2015 年。http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/doukou15\_gaiyo.asp、2018.8.17 取得

手助け以前の問題として、母親が同居／近居している／いたか否かは不明である。ただ第1子の育児に際し、半数以上の人々が「母親の手助け」に頼っている日本の現況に注目したい。

また、1992年に男女を対象とする育児休業制度が確立され23年を経てなお、「育児休業制度だけ利用の就業継続者は33.9%」と3人に1人しかいないのである。

### ③認可保育所の「入所」か・「入所保留通知」か

子育てで支援の貧困さを浮き彫りにする母親の声が、2016年2月15日に「はてな匿名ダイアリー」に投稿された。30歳代前半の匿名女

性によるこの投稿は、国会衆議院予算委員会の質問で取り上げられることとなった。当事者が発信した「日本の産みから育てへの環境整備に対する不十分さ」の訴えは反響を呼んだ。本投稿は日本政府が実施してきた数多くの「少子化対策」が行われてなおの声であり、声の主は政治に関心を持ち、政策を学び点検している有権者であることが分かる。この例のように、妊娠、あるいは出産・子育て中の女性たちは、ブログで・ネットで・ラインで見えない相手に本音を吹き、その内容は国家政策の実態や核心をえぐり出すことがある。また、当事者が就業継続を

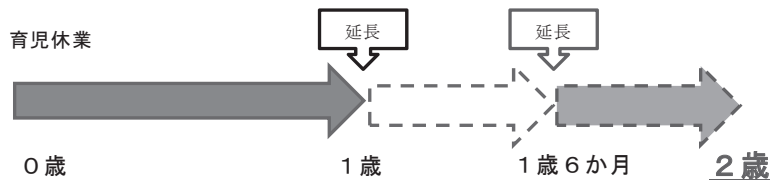
『はてな匿名ダイアリー』投稿文：【表題：保育園落ちた日本死ね!!!】

(2016年2月15日)

何なんだよ日本。  
一億総活躍社会じゃねーのかよ。  
昨日見事に保育園落ちたわ。  
どうすんだよ私活躍出来ねーじゃねーか。  
子供を産んで子育てして社会に出て働いて税金納めてやるって言うてるのに日本は何が不満なんだ？  
何が少子化だよクソ。  
子供産んだはいけど希望通りに保育園に預けるのはほぼ無理だからwって言って子供産むやつなんかいねーよ。  
不倫してもいいし賄賂受け取るのもどうでもいいから保育園増やせよ。  
オリンピックで何百億円無駄に使ってんだよ。  
エンブレムとかどうでもいいから保育園作れよ。

有名なデザイナーに払う金あるなら保育園作れよ。  
どうすんだよ会社やめなくちゃならねーだろ。  
ふざけんな日本。  
保育園増やせないなら児童手当20万にしろよ。  
保育園も増やせないし児童手当も数千円しか払えないけど少子化なんとかしたいんだよねーってそんなムシのいい話あるかよボケ。  
国が子供産ませないでどうすんだよ。  
金があれば子供産むってやつがゴマンといるんだから取り敢えず金出すか子供にかかる費用全てを無償にしろよ。  
不倫したり賄賂受け取ったりウチワ作ってるやつ見繕って国会議員を半分位クビにすりゃ財源作れるだろ。  
まじいい加減にしろ日本。

### 改正内容①：育児休業が子が最長2歳に達するまで取得可能に



- 1歳6か月以後も、保育園等に入れないなどの場合には、会社に申し出ることにより、育児休業期間を最長2歳まで延長できます。
- 育児休業給付金の給付期間も2歳までとなります。

図5 改正育児・介護休業法（施行期日：平成29年10月1日）

出典：厚生労働省、「第1 改正育児・介護休業法ポイント」『育児・介護休業法のあらまし』、<https://www.mhlw.go.jp/content/11909000/000355357.pdf> 2018年12月1日取得

強く望んでも不可能な実態の一端が示されている。

他方、認可保育所に「あえて落選したい人」も現れ始めてもいる。一年間の育児休業制度終了を前に<sup>9)</sup>、「認可保育所」に落ちることで「保育所入所保留通知書」（旧・入所不承諾通知書、他自治体間で表現が異なる場合あり）を得ようとする女性たちが出現し始めた。

日本の育児休業制度では休業期間は1年間と定められている。ただ、2005年から認可保育所に入園申請したにも関わらず入園不可の場合に限り、6ヶ月間の休業延長（雇用保険から育児休業給付金の給付あり）が可能となった。2017年10月からは、同様の場合、子どもが2歳前日まで、育休を再延長出来る制度に修正された（給付も同様）。先の保育所不足課題への対応策でもある。

女性たちの中には、公的に育児休業が延長することを狙い、「あえて認可保育所に落ちたい・入所保留通知書が欲しい」と希望し、認可されにくい保育所1カ所だけに入園申請書類を提出する行為が出現し始めた。こうした作意は認可保育所や改正育児休業制度の適切な活用に対する。ただ、男性の育児参画度が高いとは言い難い日本で、「子どもが満1歳になるまで」、「認可保育所から承諾が得られない場合のみ延長許可」と規定する日本の育児休業制度に対し、内容の改正や柔軟性を持たせる必要があるという見解もある。

### (3) 働く女性とマタニティー・ハラスメント実態調査<sup>10)</sup>

産休・育休前まで働き続ける妊娠期の女性たちに対するハラスメント実態調査が、ようやく実施されるようになってきた。連合（日本労働組合総連合会）は2013年5月に初めて「マタニティー・ハラスメント（マタハラ）に関する意識調査」を実施・報告し、以降2014年、2015年と調査を継続し、第3回目（2015年）の調査結果が詳細に報告された。厚生労働省は連合調査から遅れること2年、2015年9月か

ら10月にかけて「妊娠等を理由とする不利益取扱いに関する調査」を労働政策審議会雇用均等分科会が担い、同年11月に結果を公表している。

厚生労働省調査では、①調査票調査＝従業員調査（企業1,711社：26.3%、労働者4,654人：17.8%）と、②ウェブモニター調査（モニター登録している25～44歳・女性雇用労働者2,500人、雇用・就業経験がある同年齢の女性無業者2,500人）の両方を調査した。連合がネット調査だけであるのに対し、厚生省調査は調査票配布とネット調査の両面から実施し、回収率は充分とは言い難いものの、詳しい結果が報告された。注目点を以下に数点ながら示そう。

1. 調査票とウェブの両調査合計3,503人中、「雇用形態ごとの妊娠等を理由とする不利益取扱い経験者」は、「正社員21.8%、契約社員13.3%、パートタイマー5.8%、他の会社等に雇われ勤務先に派遣されていた派遣労働者48.7%」で、妊娠している派遣労働者の半数、正社員の5人に一人が、妊娠を理由に不利益な取扱いを受けた経験があると述べている。
2. 妊娠等を理由とする不利益取扱い行為をした者（複数回答）は、「直属上司（男性）」19.1%、「直属よりも上位の上司（男性）」15.2%、「直属上司（女性）」11.1%、「職場の同僚・部下（女性）」9.5%、「直属上司よりも上位の上司・役員（女性）」5.7%と続く。このように、男性上司からの不利益取扱い行為だけでなく、女性の直属上司や同僚・部下からの不利益取扱い行為の割合も少なくない。
3. 妊娠等を理由とする不利益取扱い行為の内容（複数回答）として、全体の47.3%の妊娠状態にある／あった女性たちが、「迷惑、辞めたら？など、権利を主張しづらくする発言」を受けた経験があると答えている。さらに、妊娠等を理由に解雇20.5%、雇止めを受けた21.3%と回答している。派遣労働者だけを抽出してみると27.4%が「妊



娠を理由とした契約打ち切りや労働者の交替」を経験している。

これらは調査結果の一部に過ぎない。少数の結果からも、男女雇用機会均等法改正で、ハラスメント対策向上が図られ続けてなお、妊娠した女性の働き難さは払拭されていないことが解る。

#### (4) 妊娠・出産・子育て期の心身調査

##### —うつ状態・自殺者の増加など—

妊娠・出産期、子育て期の女性たちは、ホルモンの変化に加え様々な身体の変化を経験し、心理的影響も受ける。近年、「厚生労働科学研究」等で妊産婦が受けるストレスや病気、その時期、分娩時のトラブル等やその原因・対処等が次々と報告され続けている（以下、主に厚生労働科学研究成果に基づく<sup>11)</sup>。波線は筆者による）。

1. 竹田省（順天堂大学教授）らの調査では、2005～2014年の10年間、東京都23区内で自死した妊産婦は計63人で、内訳は妊娠中の女性が23名、出産後1年未満が40名（日本産科婦人科学会の調査依頼に基づき自殺記録を詳しく分析）である。
2. 厚生労働省研究班（日本医大・中井彰人代表他）は、全国2,453の分娩施設を対象に妊産婦のメンタルヘルスに関する調査を2015年11月に実施し、1,073（44%）施設からの回答をまとめている。調査時11月中に出産した女性合計38,895人中、産科医が「メンタルヘルスへの対応が必要」と判断した女性は1,551人（4%）存在した。このうちa. 精神科への通院歴がなく、妊娠をきっかけに発症した可能性が高い人は381人にのぼり、10代と20代の若い女性が多かった。b. 既にうつなどで通院・服薬中の女性が459人、c. 診断を受けていないが「赤ちゃんに関心を示さない」など精神不安が疑われる女性が595人いと報告している。背景・事情として、x. 結婚していない（18%）、y. 貧困など生活面に問題が

ある（15%）、z. 両親の離婚（12%）などが見られたと指摘する。

3. 久保隆彦（国立育成医療研究センター）代表たちによる『妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究』2014年度厚生労働科学研究成果報告によれば、妊娠期から出産後、育児中の女性に対する精神面の評価方法を確立し、それに基づくケアを継続的に行い、母子と家族の支援をするため、助産師によるメンタルヘルス評価を実施した。久保らのチームは日本初となる1,400件以上の縦断データを蓄積し、妊産婦メンタルヘルスに特化したデータベースを構築できた。これにより、産前・産後の乳幼児虐待の危険因子が明らかになったという。その上で、地域の助産師・保健師などのコメディカルと保健福祉行政スタッフが共有していた育児支援チェックリスト、産後うつ病質問表、などを共有できることを明らかにしている。また、産後2週間と4週間での母親健診が重要であることが判明し、そのチェックリストも提案できたと言う。
4. 立花良之（国立育成療育研究センター）代表は、『うつ病の妊産婦に対する医療・保健・福祉の連携・共同による支援体制（周産期G-Pネット）構築の推進に関する研究』の2015年度成果報告で、東京都世田谷区と長野県須坂市で母子保健における支援体制モデルを試行し、メンタルヘルス不調の母親に対する、早期介入のための関係者（医療・保健・福祉関係）の「顔の見える連携づくり」が効果的であったこと。産後ケア面で、産科医・助産師が心身の不調や緩急因子のリスク因子に注意しつつケアすることで、後のメンタルヘルス不調や養育不全を防止できる可能性が示唆されたという。
5. 光田信明（大阪母子医療センター）代表による『妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健

指導のあり方に関する研究』の2017年度成果報告では、「妊婦健診や出産状況から子育て困難を見いだせる要因」の解明を目的に行われ、さらに支援対策を検討している。児童虐待や子育て困難の防止を視野に入れた調査である。その結果、妊娠中の要因は社会的ハイリスクと医学的ハイリスクが複合的に関与することが示唆されたという。また、切れ目のない子育て支援体制が必要であり、特に若い妊婦への社会的・医学的メンタルヘルスが重要課題であると指摘する。

- 6. 無痛分娩を選択する女性が増加し、同分娩での事故も報じられるようになった。例えば、日本産婦人科医会が、全国の分娩取扱施設2,391施設を対象に調査を実施（回収率59.5%）した。その結果、2014～16年度の総分娩数に占める無痛分娩数は、14年度4.6%（診療所5.02%、病院4.25%）、15年度は5.5%（診療所5.90%、病院5.02%）、16年度は6.1%（診療所6.61%、

病院5.53%）と増加傾向を示した。16年度の無痛分娩の施行場所は診療所53%、病院47%で、診療所のほうが多かった<sup>12)</sup>。なお、近年の無痛分娩による事故・死亡事故は、大阪府和泉市、京都府京田辺市、兵庫県神戸市西区、東京都等の診療所や病院等で発生している。

その他にも、厚生労働科学研究等を得て多くの研究とその成果が示され、諸成果は次の政策立案への手掛かりになっていく。こうして、妊娠中に発症するうつ病、自死が発生しやすい時期、発症時を乗り越えるサポートのあり方に関する究明や提案、児童虐待に繋がりやすいリスク、増加する無痛分娩とその課題など、「妊娠期から産後・育児期」まで、当事者たちが不安定に陥りやすい時期・要因・特徴などの研究成果が次々報告され続けている。

換言するなら、現代の妊娠産後・子育て期の女性たちに対する多様なサポート・その時期・あり方等の重要性が、さらにその必要性が求められているということだ。

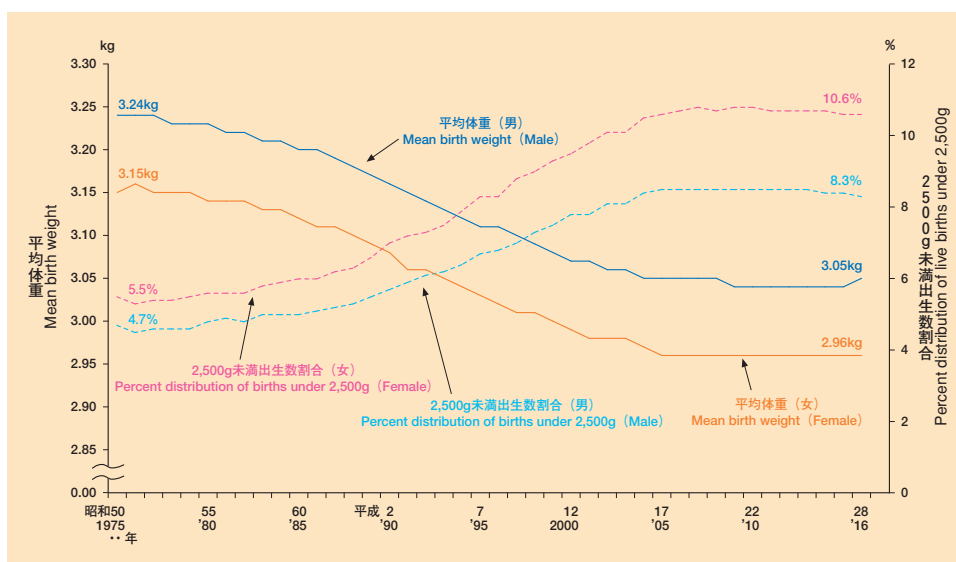


図6 性別にみた出生時平均体重及び2,500g未満出生数割合の年次推移—昭和50～平成28年—  
Trends in mean birth weight and percentage of live birth under 2,500g by sex, 1975-2016

出典：『平成30年我が国の人口動態—平成28年までの動向—』厚生労働省政策統括官（統計／情報政策担当）13頁より

### (5) 出生児体重の変化

近年の、出生児体重の変容に着目する。厚生労働省は「周産期医療体制の現状と課題」として、出生児体重の減少を報告している。図6に示す通り、1990年頃から出生時体重2,500g未満で産まれる子どもの数が急増し、2016年には出生男児の10.5%、出生女児の8.3%が2,500g以下で産まれている。厚生労働省報告によれば、さらに極低出生体重児（1,000g～1,499g）は、2017年には全出生数の7.7%をしめ、超低出生体重児（1,000g未満）の割合も増加し、2014年に1980年時の2倍をしめる、全出生数の3%になったと報告している。

国立保険医療科学院生涯健康研究部の吉田穂波らは、原因として、①妊娠中の栄養摂取と女性のやせ傾向、②不妊治療による影響、③妊娠期間の短縮（周産期医療現場の人材不足等から安全を優先するため帝王切開や早期の妊娠中断を選択せざるをえない等）などを人口動態統計解析で読み解いている<sup>13)</sup>。

以上、第1章(1)～(5)で、子産み・子育てを選択した「当事者たちの実態」を、すなわち労働環境、育児休業取得の有無、子育ての実態、妊産婦や子育て期の女性の心身の不安定さ、産まれてくる子どもたちの体重変化などを複数データから究明・確認した。

総じて21世紀の女性たち・働く女性たちの子産み・子育ては、“明るい・前向きな・希望に満ちた”とは表現しにくい実態であることが浮き彫りになった。

## 第2章 当事者を取り巻く出産・医療環境の変容

### (1) 出産施設の減少と疲弊

筆者は日本の出産施設と出産環境が劣化・疲弊していることを解説してきた<sup>14)</sup>。

(1) 日本の出産を担ってきた助産所・診療所・病院の施設数の変化から、①1980年代から産婦人科「診療所」が減り始め、1990年代に一時的に婦人科のみが増加した時期（婦人科

による不妊治療等の増加）があったものの、全体的に2018年現在まで全施設数の減少は止まらない。②産婦人科「病院」は、1990年代から今日まで減少の一途をたどっている。③助産所は1980年代以前から極端に減少し、今日も低下は止まらない。総じて、出産可能な国内の三種の施設は激減し続けている。

(2) 原因は出生数低下により運営困難な医療施設が閉鎖しただけでなく、人為的問題も抽出できた。具体的には、各出産施設で助産や分娩を担う専門職者の養成（助産師養成）に際して、日本産婦人科医学会が「日母産科看護学院を創設」し、そこで国家資格とは異なる独自の日母産科看護婦を養成し、同婦人たちが病院や診療所で活用・雇用され、無資格のまま助産を補助／実施してきた。こうして、助産という高度な専門職の内実を劣化させてきた実態が2000年末の第150回国会・衆議院阿部知子議員から総理大臣への質問趣意書で明らかにされた。その結果、日母産科看護婦が出産の実働を担っていた産科現場の綱紀粛正により、当該施設の閉鎖や婦人科への転科が引き起こされた。

(3) 出産施設に対する考え方、医療に対する判断や判断基準がポリティカルに変化していった。具体的には、「医療的充実度の高さ」が、最重要な出産施設の判断基準になり、または基準として重視されるようになった（日本産科婦人科学会・厚労省による医療施設の位置づけ）。その結果、助産所・診療所（一次医療施設）は医療的充実度が低く位置づけられた。他方、医療的充実度が高いと位置づけられた総合病院（三次医療圏＝総合周産期母子医療センターと認定された施設）での出産を、多くの妊産婦が希望し、選択するようになっていった。その結果、様々なリスクに対応可能な拠点施設として、全国に少数設置された三次医療圏に正常産の妊産婦が集中するようになり、あるいは緊急時の妊産婦に対しその使命を担った三次医療圏が満床で、機能不全の事態が引き起こされた。加えて、三次医療圏の基準を満たすことができない三次医療圏施設も全国に少なく無いことが浮き

彫りにされた<sup>15)</sup>。

こうして、助産所・診療所・病院はそれぞれの機能が低下し、すべての出産施設が疲弊状態に陥り始めたのである。連動して産婦人科医師数も変化した。数の変化に関しては、日本医師会の「医師臨床研修医制度の導入」（2004年～）との兼ね合いもあるので、詳しくは注14に記載した書籍（282-301頁）参照のこと。なお、厚生労働省によれば2018年現在の産婦人科医師数は安定傾向にあるという。

## （2）産科の混合病棟化

出産者数の減少、産科・産婦人科を標榜する病院・診療所の減少、出産を取り扱わない助産所の増加の中で、「産科の混合病棟化」が進行し、2009年の北島調査、2012年の日本看護協会調査から、実態が明らかになりつつある<sup>16)</sup>。

では、日本看護協会調査から実態を確認する。

同協会は日本全国571病院（有効回答数）から得られた回答を分析し、産科単科の病棟を維持し続けている病院は19.4%で、残る80.6%（460病院）が混合病棟化しているとの結果を示した。混合の内訳は、「産科と婦人科の混合＝19.3%」、「産科と婦人科以外の混合＝49.0%」等である。その際、助産・分娩等の専門職者である助産師が受け持つ入院患者は「産科と他科を同時に受け持つ助産師」が59.6%で6割近い。他方、常に他科患者は受け持たないと答えた助産師は25.8%で四人に一人であり、残る助産師はその専門性が生かされていない（図7参照）。また、混合病棟を採用している病院だけの回答では、病室への配置として「産科患者（ママ）のみの病室に入院＝48.8%」、「産科患者（ママ）は基本的に個室へ＝13.2%」、そして「他患者と産科患者（ママ）と同室＝38.0%」である。さらに9割の病院

表1 産婦人科・産科・婦人科を標榜する施設数の推移（各年10月1日現在）

年号	一般病院		一般診療所		婦人科	
	産婦人科	産科	産婦人科	産科	一般病院	一般診療所
1987	2204	269	6054	567	477	1828
1990	2189	270	5388	604	510	2057
1993	2121	218	4869	640	497	2316
1996	1996	152	4225	929	483	2740
1999	1681	203	4096	849	609	2662
2002	1553	197	3878	770	659	2593
2005	1423	193	3622	759	730	2600
2008	1319	177	3555	400	743	2129
2011	1239	156	3284	335	—	—
2014	1176	185	3105	364	—	—
2017	1127	186	2967	351	—	—

注1：出典は厚生労働省「医療施設静態調査」・「医療施設動態調査」より筆者作成。同調査では「一般診療所」統計は3年ごとに報告されているため、「一般病院」の記載もこれに合わせて記入した。

注2：厚生労働省調査による用語の説明として次の三点が記されている。

①「一般病院」とは「精神科病院・結核療養所」を有する病院以外の総ての病院を指す。②「一般診療所」は、「一般」という前記の条件に加え、「医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するものをいう」。③「一般病院」は、「一般」という前記の条件に加え、「医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するものをいう」。

注3：1996年に一般病院産科が152施設で、1993年と1999年で50以上の減増が生じている理由は不明。



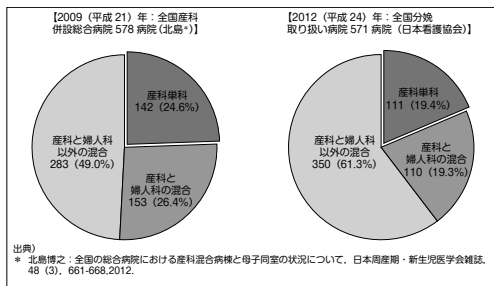


図 7 産科の混合病棟化一報告別に見た産科混合病棟の状況

出典：①公益社団法人日本看護協会編『平成 24 年度助産師の出自システムと助産実習の受け入れ可能性等に関する調査・助産師の出自システムと助産師就業継続意思に関する調査報告書』平成 26 年 3 月。②公益社団法人日本看護協会編『より充実した母子のケアのために—産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き—』メディカ出版、2013 年。

では、他患者との入院ルールや基準を設けていると回答し、その基準は次の通りである。「①男性は除外 (86.2%)、②感染疑いや感染患者を除外 (85.2%)、③不穏・認知症状のある患者は除外 (55.8%)、④就学前の小児科は除外 (53.2%)、⑤ターミナル期は除外 (45.4%) 他」(図 8 参照)。

また、日本看護協会では次ぎの分析結果を報告している (図 8 参照)。

- ① 91%の産科混合病棟で他科患者が産科混合病棟に入院する際のルールや基準を設けている。だがルールを完全に守っている施設は 54.4%で、28.7%の施設がケースバイケースの対応を行っている。
- ② 入院ルールや基準の内容は、男性は除外 (86.2%)、感染疑いや感染患者を除外 (85.2%)、不穏・認知症状のある患者は除外 (55.8%)、ターミナル期は除外 (45.4%) と回答している。見方を変えるとルールや基準が無い場合、妊産婦は様々な患者と同室の場合があるということだ。
- ③ 母子同室状況 (453 病院) に関する調査では、「完全母子同室 = 14.9%、母子異室 = 7.9%、日中のみもしくは夜間のみ母子同室 = 11.1%」の回答で、もっとも多い対応が「平均で生後 2~3 日目から母子同室 / 基本 24 時間 = 66.1%」となっている。

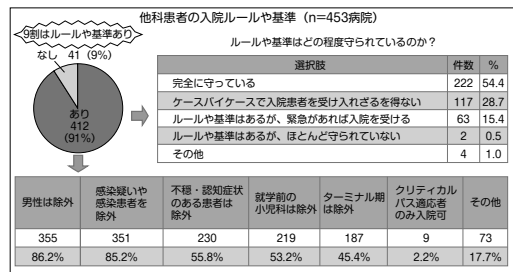


図 8 他科患者の入院ルールや基準

産後の疲労を回復し、児との新しい生活に適応しようとする時期の女性にとって、混合病棟化は快適性・安全性・安心できる環境が確保されているとは言い難い。こうした「産科の混合病棟化」の進行は、産科・産婦人科施設総数が減少していく中で、「病院側の経営上の理由から、産科の空き床を減らしたいという考えがある」<sup>17)</sup>との指摘もある。なにより、妊産婦が「患者」として位置づけられていることにも注目したい。総じて「当事者である入所女性たち」の声を捉えた実態調査と、それに基づく点検などが必要不可欠である。

第 2 章では、子産み・子育てを取り巻く医療環境の変容を、出産施設の激減・混合病棟化に焦点をあて資料分析を行った。1990 年代後半、厚生省／厚生労働省は周産期の医療体制を見直し、身近な一次医療、市町村レベルの二次医療、様々な問題に対応可能な総合的な医療を提供する第三次医療と、医療圏を三区区分し周産期の多様な問題に役割分担しつつ対処できる制度を形成・構築してきたはずであった。だが、厚生労働省や医療提供者が構築してきたこうした医療政策や医療体制は、当事者にとっては、必ずしも望ましい医療にはなっていないといえよう。



### 第3章 政策からみた日本の 子産み・子育て

#### (1) 「少子化社会対策基本法」・「次世代育成支援対策推進法」の課題

序章(3)で少子化の進行と1990年以降30年間に制定された4種の法律・関連政策全体の流れ図を確認した。こうした多くの政策が投入されてなお、合計特殊出生率(2017年度:1.43)は低下している。

ではなぜ、多くの支援政策は出生率向上に結びつかないのか。政策を検討する。

第1に、「少子化社会対策基本法」(2003年制定)には基本法としての理念、国・事業主・国民の責務、体制整備、組織等、包括的な内容が組み込まれた。ただ、法制化に際し附帯決議が9種類も付けられ、議論不十分で課題が多い法律として出発している。

附帯決議の内容は、①結婚や出産に関わる個人の意志及び家庭や子育てに関する多様な価値観を尊重すること。同時に、子どもを有しない者の人格が侵害されないよう配慮すること。②複数の国連会議(国際人口・開発会議、第4回世界女性会議など)の決定や成果文書の内容を踏襲し、女性の身体的・精神的、社会的健康に関わる総合的な施策を展開するように。③望まない妊娠や性感染症の予防に関する適切な啓蒙や相談が重要であること。④不妊治療に関する情報や相談、治療等に関し不妊である者に心理的な負担にならないように。⑤子どもを生み・育てる者が充実した職業生活を営みつつ豊かな家庭生活を享受できるよう、育児休業制度の充実、労働時間の短縮、再就職の促進など雇用環境の整備を図る施策とすること。⑥保育サービスの充実を多面的に図ること。⑦施策の推進にあたり制度の充実と必要な予算を確保できる体制づくりが必要である。他。

当時、衆議院で同法制定をめぐる議論や内容修正に尽力した小宮山洋子議員は、国際会議で合意したりプロダクティブ・ヘルス/ライツを否定しかねない、産めよ・殖やせよ的危惧があ

る法になってしまった。本来、働き方、保育、経済支援など子どもを持ちたい人が安心して産み・育てる方策が必要であった。懸念材料が多いものの、小幅な修正しかできないまま法制化された、と省察している<sup>18)</sup>。子産み・子育ての当事者は、人権問題も含め視野に入っているのか等、多くの附帯決議内容が不十分さの証左である。こうして同基本法は、極めて多くの問題と課題を内包して少子化対策を謳い法制化したのであった。

第2に、2003年7月に制定された「次世代育成支援対策推進法」は、2005年から10年間の時限立法(2015年から再び10年延長)で、内容は二本柱で構成された。第1に、企業に対して働き方の見直しを行う行動計画策定を義務付け、第2に、地方公共団体に対して地域の子育て機能の再生を目指す行動計画策定を義務付けたことである。ただし、罰則義務規定はない。

日本総研調査部の池本美香<sup>19)</sup>は、企業が行動計画を策定した旨を届ける義務付けの内容は、策定した文書そのものを届け出るのではなく、「策定した旨を届けること」になっているため、形式や、実効性の有無は全く問われず、乏しい計画が形式的に行われたとしても問題にはならない。加えて、計画策定の義務付けは従業員数(常用雇用)300人以上の企業に限定された。なお当時、池本が企業統計調査から2001年当時の常用雇業者300人以上の企業数を算出すると、企業全体のわずか0.7%を占めるに過ぎなかったと指摘している。

上記を踏まえ池本は、2004年当時から同推進法に効力を持たせるためには、「社会的責任(CSR)推進法」にまで発展させ、仕事と育児の両立問題を、環境問題も含め様々な問題と共にCSRの一貫として、企業等の自発的取り組みを引き出すような方向性が必要であったと指摘している。

以上、2003年に制定された2種の法律とその内容は、第2章で捉えた、当事者が子ども

を産み・育てながら働き続ける暮らしを選択できる環境整備に貢献できるものではなかった。まして、少子化からの脱却対策になってはいなかったのである。そこで、成果がない二法を補完するため、約10年を経た2012年に「子ども・子育て支援法と関連三法」が、2014年には「まち・ひと・しごと創生法」が制定されることになる。

なお、図1に記入はないものの、2000年には「児童虐待防止法」が、2001年には「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」(DV法)が制定され、連動して児童福祉法の見直しが行われている。両法には「3年後の見直し規定」が定められ、折々内容の改定が行われてきた。両法は「夫婦・親子・家族と暮らす／生きる」上で極めて重要な法律であり、紙面を改め論じたい<sup>20)</sup>。

(2) 子ども・子育て支援法と関連三法のこと

①子ども・子育て支援法(内閣府・文部科学省・厚生労働省)

新法「子ども・子育て支援法」と関連三法は、

内閣府・文科省・厚労省の三省からの提案で、2012年8月22日に公布され、段階的施行を経て2015年4月1日に本格施行された<sup>21)</sup>。

同支援法の目的は、第1条で「子ども・子育て支援給付、その他の子ども及び子どもを養育している者に必要な支援」を行い、子どもが健やかに成長する社会の実現に寄与すると謳う。第2条の基本理念では「子ども・子育て支援は、父母その他の保護者が子育てについての第一義的責任を有するという基本的認識の下に」と謳われた。この基本認識は、1994年に日本が正式批准した「子どもの権利条約」(国連総会採択1989年)が明示する認識／理念とは異なる。同支援法案に当初は「子どもの人権尊重・子どもは社会的存在」と示されていた。しかし、最終的には保護者が子育ての一義的責任を有すると変更されたのである。

第8条には、子ども・子育て支援の「二種の給付」、①子どものための現金給付と、②子どものための教育・保育給付を定めている。前者は「児童手当」(子ども手当と同義)をさし<sup>22)</sup>、後者は「施設型給付費と地域型保育給付

子ども・子育て支援新制度の概要

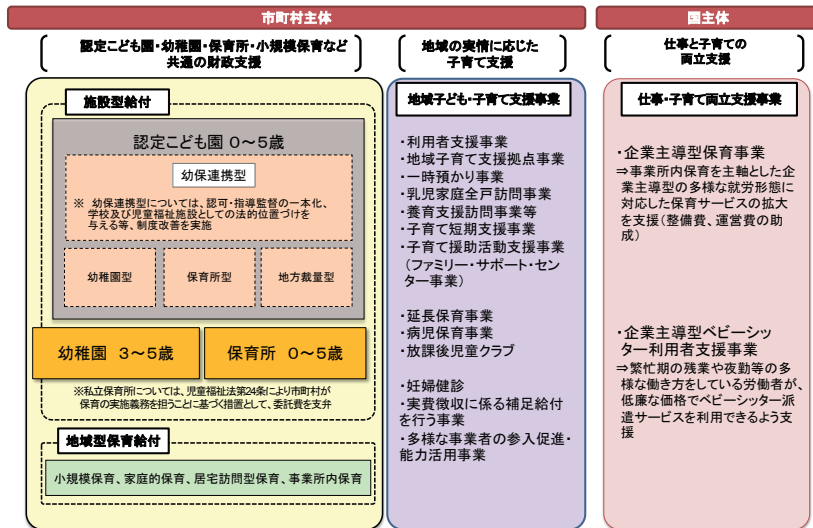


図9 子ども・子育て支援法の骨子と概要図

出典：内閣府子ども・子育て本部「子ども・子育て支援新制度について」、平成30年5月  
<http://www.8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/setsumei.pdf>、2018年8月29日取得

費」にわかれ、内容は多種多様である（図9左を参照）。

施設型給付を実施するに際し、本法では「認定こども園」を幼保連携型として打ち出し、親の就労の有無にかかわらず子どもを預けることができる施設と強調した。今までは親の就労の有無で、子どもを預ける場所は幼稚園か保育所かに区分された。また、既存の数も利用者も増えない認定こども園制度に対する大改革である（後述）。また、これら以外に子どもを預ける施設として、「小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育」を地域型保育給付の対象に組み込んだ。

「市町村」に焦点を当て、「地域の実情に応じた子育て支援」と称し、図内に列記されている13事業を支援対象とした（図9参照）。また「仕事・子育て両立支援事業」として、企業主導型保育事業と企業主導型ベビーシッター利用者支

援事業も制度に加えたのである。

その上で、①制度ごとにバラバラな政府の推進体制を整備し、内閣府に「子ども・子育て本部」を配置し、有識者25人以内で組織する「子ども・子育て会議」を設置した。②消費税率の引き上げを前提に、社会全体で子育て関連財源を確保すること。③法律の内容は基礎的自治体（市町村）が実施主体となり、地域のニーズに基づく計画の策定、給付、事業を行うこと。④教育や保育の施設を利用している子どもや家庭だけでなく、在宅の子育て家庭も含めた子ども対象事業を市町村が展開すること等を謳いあげたのである。

②関連三法のこと—認定こども園法の改定他—

関連三法とは、①「認定こども園法の一部改定法」、②「子ども・子育て支援法及び認定こども園法の一部改定法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」、③「関係法律の整備法」

**目的（第1条）**

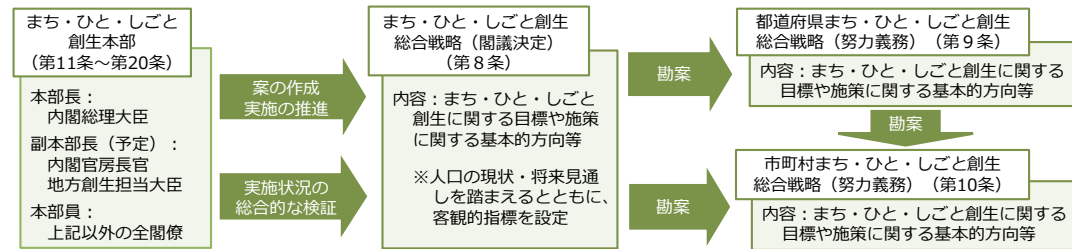
少子高齢化の進展に的確に対応し、人口の減少に歯止めをかけるとともに、東京圏への人口の過度の集中を是正し、それぞれの地域で住みよい環境を確保して、将来にわたって活力ある日本社会を維持していくために、まち・ひと・しごと創生（※）に関する施策を総合的かつ計画的に実施する。

※まち・ひと・しごと創生：以下を一体的に推進すること。

- まち…国民一人一人が夢や希望を持ち、潤いのある豊かな生活を安心して営める地域社会の形成
- ひと…地域社会を担う個性豊かで多様な人材の確保
- しごと…地域における魅力ある多様な就業の機会の創出

**基本理念（第2条）**

- ①国民が個性豊かで魅力ある地域社会で潤いのある豊かな生活を営めるよう、それぞれの地域の実情に応じた環境を整備
- ②日常生活・社会生活の基盤となるサービスについて、需要・供給を長期的に見通しつつ、住民負担の程度を考慮して、事業者・住民の理解・協力を得ながら、現在・将来における提供を確保
- ③結婚・出産は個人の決定に基づくものであることを基本としつつ、結婚・出産・育児について希望を持てる社会が形成されるよう環境を整備
- ④仕事と生活の調和を図れるよう環境を整備
- ⑤地域の特性を生かした創業の促進・事業活動の活性化により、魅力ある就業の機会を創出
- ⑥地域の実情に応じ、地方公共団体相互の連携協力による効率的かつ効果的な行政運営の確保を図る
- ⑦国・地方公共団体・事業者が相互に連携を図りながら協力するよう努める



施行期日：公布日（平成26年11月28日）。ただし、創生本部・総合戦略に関する規定は、平成26年12月2日。

図10 まち・ひと・しごと創生法の概要

出典：内閣府「まち・ひと・しごと創生法の概要」より。

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/info/h26-11-21/pdf/h261121-1.pdf>、2018年8月31日取得

である<sup>23)</sup>。「認定こども園」は2006年に法制化されている。しかし翌2007年4月の施設総数は全国94施設、2008年4月には229施設とたいして増加しなかった<sup>24)</sup>。そこで新法では「認定こども園」が促進され、幼保連携型、幼稚園型、保育所型、地方裁量型などのバリエーションを持った「施設型給付」として、既存の幼稚園や保育所と同様に位置づけるという改定内容になったのである。その結果、認定こども園数は、2015年に2836、翌2016年に4001、2018年現在6160施設と急増している<sup>25)</sup>。

こうして、保育所や幼稚園を管轄する既存の児童福祉法や学校教育基本法等の総見直しが必要不可欠になった。関連3法の改定は、内閣府・厚生労働省・文部科学省、全国地方公共団体と子ども関連施設全体が、総合的かつ一元的に連携するため、諸法を整合するための法律である。厚生労働省は児童福祉体系を整え、文部科学省は学校教育法体系を整えることが要請され、その結果、保育士や幼稚園教諭等の養成と資格認定を担う大学・短期大学・専門学校等の教育機関にまで、同法制定による改革は波及したのである。

### (3) 「まち・ひと・しごと創生法」と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」

2014年11月28日に「まち・ひと・しごと創生法」が公布・施行され、翌月27日には「まち・ひと・しごと創生総合戦略」が出された<sup>26)</sup>。同法の施行もまた段階的で、本格施行は2016年4月1日である。目的は、「人口減少への歯止め・活力ある日本社会の維持」を掲げ、三本柱の一つに「ひとの創生」が目指された。内容は「子ども・子育て支援法」を受け、子産み・子育てのシステム構築である。下図は内閣府が作成・提示している法律の概要で、目的の第1条に「人口の減少に歯止めをかける」と明記され、第2条「基本理念③」では、「妊娠・出産は個人の決定に基づくものであることを基本としつつ、結婚・出産・育児について希望を持って社会が形成されるよう環境を整備」と謳う。

第2条「基本理念③」に基づき、「基本目標」：総合戦略の一部を以下に記する。希望出生率(ママ)1.8を掲げ、4種の将来目標と具体的な数値目標を明示し、少子化対策を前面に打ち出している。

また「創生総合戦略」から、「出産・子育て支援」の内容を、やや長文ながら転記する。

このように、本法第2の「ひとの創生」とは、

(基本目標3) 若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる

出生動向基本調査によれば、調査に協力した独身男女の約9割は結婚の意思を持ち、希望子供数も2人程度となっている。若い世代の結婚・子育ての希望が実現するならば、出生率は1.8程度の水準まで改善することも見込まれ、地域における少子化の流れにも歯止めをかけることができる。この「希望出生率1.8」の実現は「一億総活躍社会」の現に向けた将来目標の一つとして掲げられている。(後略)

- 安心して結婚・妊娠・出産・子育てできる社会を達成していると考えられる人の割合  
40%以上
- 第1子出産前後の女性の継続就業率  
55% (2015年53.1%)
- 結婚希望実績指標  
80% (2015年68%)
- 夫婦子供数預手実績指標  
95% (2015年93%)

「まち・ひと・しごと創生総合戦略」

(3) 若い世代の結婚・出産・子育ての希望を叶える  
(中略) (ウ) 出産・子育て支援

#### 【施策の概要】

長期的な視点に立って少子化対策を進める観点から、結婚・妊娠・出産・子育ての各段階に応じ、きめ細かな対策を総合的に推進することが必要である。産休中の負担の軽減や産後ケアの充実をはじめ、妊娠から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援体制を構築するとともに、産科医の地域偏在が見込まれる中、地域における周産期医療体制の確保を図ることが重要である。加えて、理想の子供数を持ってない理由として、子育てや教育に要する費用負担を挙げる人の割合が高い状況にあることから、その負担軽減も重要である。

そのため、妊娠から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対応するため、「子育て世代包括支援センター」の設置を全国展開に向けて推進する。(以下略) (下線は筆者)

出展：図10の出典と同様



産み・育て促進対策であり、その環境整備に全力で取り組む計画が、高らかに具体的数値目標を伴い記されたことに注目したい。また、「妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援体制の構築」のため「子育て世代包括支援センター」と名付けた新センターの設置を全国展開するという新政策が提示された。

#### (4) 「子育て世代包括支援センター」とは

##### ① 「子育て世代包括支援センター」創設の経緯

日本政府が提案する政策には、再々「新しい施設作り・センター設置」計画が登場する<sup>27)</sup>。

「まち・ひと・しごと創生法」第8条を根拠とした総合戦略でも、「子育て世代包括支援センター」配置が提案された。2014年12月27日には、緊急的取組として全国に同施設50カ所の設置を、翌2015年度中までに合計150カ所を全国に整備し、5年後の2020年には地域の実情を踏まえつつも全国展開を目指すという

目標が立てられた。

翌2015年に「少子化社会対策大綱」を閣議決定し、その中でも、産休中の負担の軽減、産後ケアの充実など、子育ての切れ目のない支援体制を構築していくための整備が「子育て世代包括支援センター」（下線は筆者）であるとした。

同施設の根拠法は児童福祉法であると述べつつ、実際には同施設を「母子保健法」で定めた。既存の「母子保健法・第三章第22条：母子健康センター」の項目を、2016年5月27日に<sup>28)</sup>既存名の真ん中に「包括支援」を組み込み「母子健康包括支援センター」と改称したのである。また、根拠法に記した「本名」ではなく、「通称」の「子育て世代包括支援センター」を名乗ると宣言した<sup>29)</sup>。こうして「妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を実施する場所としての、子育て世代包括支援センター（母子健康包括支援センター）」がクローズアップされていく。

表2 「母子健康センター」と「母子健康包括支援センター」の対比

〈1965年～2016年までの母子保健法〉	〈2016年6月からの母子保健法〉
<p><b>第三章 母子保健施設</b></p> <p><b>第二十二条</b> 市町村は、必要に応じ、<u>母子健康センターを設置するように努めなければならない。</u></p> <p><b>2</b> 母子健康センターは、母子保健に関する各種の相談に応ずるとともに、母性並びに乳児及び幼児の保健指導を行ない、又はこれらの事業にあわせて助産を行なうことを目的とする施設とする。</p>	<p><b>第三章 母子健康包括支援センター</b></p> <p><b>第二十二条</b> 市町村は、必要に応じ、<u>母子健康包括支援センターを設置するように努めなければならない。</u></p> <p><b>2</b> 母子健康包括支援センターは、第一号から第四号までに掲げる事業を行い、又はこれらの事業に併せて第五号に掲げる事業を行うことにより、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関する包括的な支援を行うことを目的とする施設とする。①母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関する支援に必要な実情の把握を行うこと。②母子保健に関する各種の相談に応ずること。③母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導を行うこと。④母性及び児童の保健医療又は福祉に関する機関との連絡調整その他母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関し、厚生労働省令で定める支援を行うこと。⑤健康診査、助産その他の母子保健に関する事業を行うこと（前各号に掲げる事業を除く）。</p> <p><b>3</b> 市町村は、母子健康包括支援センターにおいて、第九条の相談、指導及び助言並びに第十条の保健指導を行うに当たっては、児童福祉法第二十一条の十一第一項の情報の収集及び提供、相談並びに助言並びに同条第二項のあっせん、調整及び要請と一体的に行うように努めなければならない。</p>



また同センターを全国展開させる根拠は、「児童虐待の発生予防」で、そのためには「妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援を行う施設」が必要と説明している。なお、同センター設置は法的には「努力義務」であり、義務になってはいない。

## ②母子保健法「母子健康センター」と「母子健康包括支援センター」

2016年まで母子保健法に記されていた「母子健康センター」とは、そもそも何だったのか<sup>30)</sup>。

本施設は1958年に厚生省が発出した「助産と母子保健を担う施設づくり事業」に基づき、最高時には全国に700以上の施設が設置された。当時厚生省は政策課題として、①東北地方の乳幼児死亡率の高さの際立ち地域間格差が大きい、②全国的な周産期死亡率の高さ、③先進国の中では驚嘆すべき妊産婦死亡率の高さ、これら総ての是正を掲げた。そのため市町村を拠点に地域に密着した母子保健の推進が効果的だとの見点から、全国に公設公営助産所と同母子保健推進の場を併せ持つ施設＝母子健康センター設置を目指したのである。事業開始時には全国1100カ所に母子健康センター設置を目標として掲げた。申請があった基礎的自治体に国庫補助金が提供され同施設を建設・設置する（費用は国・自治体・基礎的自治体で三等分。後の運営は総て基礎的自治体の裁量）。こうして日本全国の①公営助産所役割と②基礎的自治体母子保健事業役割を担ってきた。

母子健康センター事業開始から約5年後、1962年に本施設の有存在意義を重要視し、さらなる推進と発展を目指し国井長次郎・竹村秀男（日本家族計画普及会職員）が発起人となり、森山豊（東京大学産婦人科教授）、古井喜実（厚生大臣）などが集い、「全国母子健康センター連合会」が結成された<sup>31)</sup>。連合会理事の面々は良質な母子保健の推進には、母子保健の法制化が必要不可欠だと尽力したメンバーでもある<sup>32)</sup>。そして、1965年8月に「児童福祉法ののれん分け」と擲擲されつつも、母子保健法が制定さ

れ、第三章第22条に母子健康センターは配されたのである（表2参照）。その後、全国に診療所や病院が多々設立されると、母子健康センター内の助産施設は嘱託医師の確保が困難になり、また病院を選ぶ女性が増加するなどで機能停止を余儀なくされ、母子保健機能だけを維持する施設として継続してきた。

こうした51年の推移が、説明なく「母子健康包括支援センター」の名称で、母子保健法第22条に位置づくことになった（表2参照）。2016年6月現在、助産と母子保健を担い可動する母子健康センターは全国に1カ所あり、母子保健だけを担う同名の施設は全国に少数ながら点在している。いずれにせよ「母子健康センター」は母子保健法の規定から削除され、法的位置づけを失ったのである。

子育て世代包括支援センターは、表2のとおり母子保健法第22条2（1～5）と3に明記された内容の事業を行う。開設者向けには、全国の実施状況や取組例だけでなく、業務ガイドラインなども提供され<sup>33)</sup>、2016年6月には、厚生省総務課少子化総合対策室・母子保健課事務連絡で、上記の母子保健法の内容を分かりやすい表現で紹介している<sup>34)</sup>。

## ③「ネウボラ・システム」と日本の「切れ目のない支援」

子育て世代包括支援センター／母子健康包括支援センターの役割は、妊娠期から子育て期にわたり切れ目のない支援を行うことだという。この考え方は、フィンランド共和国で1944年に開始された「ネウボラ」<sup>35)</sup>を参考にしたと言われる。2000年代にPISAによるフィンランド児童の学力が世界第1位と紹介された頃から、同国の「教育や妊産婦受け持ち制度」に興味を持つ日本からの視察者が増加した。他方、国内では2008年に東京都世田谷区に武蔵野大学が「産後ケアセンター桜新町」を開所し<sup>36)</sup>、2012年にはわこう助産院内に「産前・産後ケアセンター」<sup>37)</sup>が設置されるなど、産後の女性に寄り添いケアを担う施設や助産所が現れ、民間レベルで評判を得始めていた。

フィンランドのネウボラ・システムが国の政策レベルで紹介・注目されはじめた端緒は、2013年6月24日開催の「第16回社会保障制度改革国民会議」（官邸）であろう。読売新聞主任研究員の榊原智子委員が「フィンランドにおける妊娠・出産期の支援について」と題し、同国では妊娠・出産期の切れ目のない対応がネウボラという場で担われていること、同国の出生率は回復傾向にあること紹介した<sup>38)</sup>。翌14年7月9日には、「少子化危機突破のための緊急対策・第6回会議」で、有識者として参加した高橋睦子<sup>39)</sup>がネウボラの説明とその有用性を紹介し、同会議にオブザーバー参加していた先の榊原智子が高橋の報告内容に賛意を示している。また同会議の内閣特命担当大臣—少子化対策—森まさこ議員は、次の会議までにフィンランドとスウェーデンに施設視察のため出張している<sup>40)</sup>。一連の動向を背景に、翌2015年3月には少子化社会対策大綱で「子育て世代包括支援センター」とその整備が推し進められ、「切れ目のない支援体制」という表現が再々登場するようになる。

同時に、まち・ひと・しごと創生法と同総合戦略に「子育て世代包括支援センター」設置が盛り込まれる。つまり、子育て支援の「拠点・場を定めること」の意義が重視されたのである。また、「切れ目ない」という表現は、提供される複数の政策や支援体制に切れ目がないこと、多様なサポートやサポーターが次々と支援できるよう接続されたシステムであることを指している。しかし、フィンランドのネウボラ・システムは、当事者／ユーザーを基軸（主体）とし、各当事者に対して、専門教育を受けた一人の担当が一貫し支援を継続する体制である。

以上、日本とフィンランドの支援体制は全く異なる。フィンランドでは「当事者に切れ目がない」制度であり、日本では「支援体制に切れ目がない」制度づくりが構築されている。

#### 第4章 総合的な結果と考察

第2章では、日本社会で子産み・子育てを

選択した「当事者の現況」を厚生労働科学研究、諸統計調査資料等を駆使し多面的に把握した。その結果、当事者である女性たちは、働く上で、出産や育児を選択する上で、育児休業後再び働くとする上で、問題や課題が山積していた。例えば、働きながらマタニティー・ハラスメントを凌ぐ、出産を期に退職する、育児休業を取得するも母親に手助けを頼む、子産み・子育て過程でうつ状態に直面する、保育所に入所できない、入所不可の証明を持って育児休業を延長したいなど、様々な『産みにくさ・育てにくさの壁』に直面していたことがわかった。また、当事者を取り巻く出産施設の激減、産科の混合病棟化、産まれてくる子どもの体重減少など医療面でも複数の課題が存在した。第3章では、21世紀に入り国の政策は溢れるほど提供され続けてきたこと、2003年制定の2種の法律には課題が多く実効性が見えにくく、2012年以降の2種の法律では、少子化対策が常に強調され、「合計特殊出生率1.8」という目標値が掲げられていることを追った。しかし2017年度の合計出生率は1.43で、政策が目指す成果にはほど遠い。

結果として、日本政府が次々と立案・施行する少子化対策、子ども・子育て支援政策は、当事者が子どもを産み・育てながら暮らしていきたいという思いを支える政策群ではなかった。なぜなら、当事者と為政者との認識には大きな隔りがあり、政策群には「当事者の視点」が欠落していたからである（下線は筆者）。

この結果を踏まえ、第1に子産み・子育て政策と当事者、第2にチーム医療・切れ目がないことと当事者、そして第3にケアラーの存在と必要性について考察する。

#### (1) 当事者と子産み・子育て政策

筆者は、「子どもを産むこと」をめぐる、助産・産科医療に限定し究明した。そこで分析・解明したことは、当事者（妊産婦）と医療者（助産師・医師・看護師等）との関係性において、主体の転換が行われてきたことである<sup>41)</sup>。つま

り、1970年代から「妊娠・出産／子産み」は、産む当事者を中核にケアが展開されなくなり、医療者が当事者を管理することで、妊娠・出産全体の安全性が保障され担保されるという医療観が川上博・松本清一ら産婦人科医師によっ導入された。「助産・介助から分娩管理へ」、「個人からチーム医療へ」と表現され普及・浸透してきたのである。つまり、「出産する人／女性／当事者」と「出産を支える人々・専門職者」との立ち位置の大転換である。こうした主体の転換は、産婦人科医師たちの考え方として共有され、助産師・看護師などの専門職者にも波及していく。さらに厚生労働省の政策策定面にも大きな影響を与えていった。

本稿で分析対象としたもう一つの事象、つまり「育てること」に関わる政策形成・政策策定においても、子育てで政策の主体は、「子育てを支援する体制作り」にあった。全国展開を目指す「子育て世代包括支援センター」施設の配置・役割内容などは、まさに「支援体制の支援」である。

総じて、子産みにおいてだけでなく、子育てにおいても、21世紀に公布されてきた4種の法律と諸政策の主体は、支援・支援者・支援施設を含む諸体制に置かれた。このように、当事者を主体に配置しない法律や制度では、当事者（例えば、女性・妊娠婦・褥婦・男女子育て者、など）が求める内容と政策内容には乖離が生じてしまうのである。

## (2) チーム医療・切れ目がないことと当事者

「子産み」領域では、主体の転換と同様に「チーム・チーム医療、一人の患者に複数のメディカルスタッフ（医療専門職）」が連携して治療やケアに当たることも強調され、安全性の担保に繋がると重視されてきた。例えば、1960年代前半までは、出産は助産師一人が介助者・サポーターとして当事者に終始寄り添ってきた。しかし「チーム医療・管理」という考え方が重視されるようになると、当事者／妊娠婦を複数のメディカルスタッフが連携・協働し、

チームとして各専門スキルを発揮することで、安全性と生活の質（QOL）を保障するサポート体制がつくられ、担われてきた<sup>42)</sup>。

では、「チーム医療」やその体制を、受ける側から、つまり当事者の視点から捉えなおしてみよう。当事者から捉えた場合、①チーム・リーダーは、最終責任者は誰だろう。②当事者には適切な連携がなされているのか否かわからない不安。③チーム構成員個々の質にばらつきがある場合に抱く不安。④チーム内のコミュニケーション、チームワークに対する不信や不安。⑤指示や助言が伝言ゲーム的になり、またはチーム内でテリトリーが守られ過ぎると感じる時がある<sup>43)</sup>。⑥チームの情報伝達にパソコンが用いられ、パソコンに入力する内容には、入力者による選別や短縮が発生する場合がある。その際、当事者と面談等しているときの主な行為は、パソコンに当該医療者が重要だと思ったことを入力する行為が主流になりがちで、当事者を「見ない・見ようとしない」行為が発生する場合もある。など。

このように、当事者からみて複数の医療者や専門家に守られ・囲まれていることは、一方では安心を抱きつつ、他方では「私の状況に責任を持って発言・助言・見立て・判断・診断等してくれる人は誰なのか」、わかりにくい場合が少なくない。

2015年前後から子育て支援政策に取り入れられ始めた「切れ目のない」という発想や表現は、チーム医療の発想と類似する。誰から見て「切れ目がない・包括支援か」を捉えると、日本の政策は提供する側から見て支援の配置に切れが無いことをさしていた。つまりここでも、主語は支援者や支援システムであり、当事者ではないという課題が浮上してくる。

さらに問題は、当事者が多くの子育て支援メニューを前に、それらをいつ・どのような基準で選び、または取捨選択したら良いのか判りにくく、選ぶ際の相談者も支援メニューによって異なる場合がある。

総じて、切れ目の無いチーム医療は、誰に安

心をもたらすのか、再考が必要なのである。

### (3) 継続的に伴走する「一対一対応のケアラー」の意義と必要性

子産み・子育てに関わる政策、とくに「子ども・子育て支援法」・「まち・ひと・もの創生法」は、厚生労働省で介護保険制度推進の中核を担った行政担当者たちが、内閣府で各法制化に尽力していた。また、「産前・産後サポート事業ガイドラインおよび産後ケア事業ガイドライン」、子育て包括支援センター<sup>44)</sup>の手引き策定等に尽力した医師・林謙治は、「策定に際し高齢者介護保険法に基づき担われている諸法や諸事業を参考にして作成したので、日本の介護システムを想記すると、子育て関連の新事業は理解し易い<sup>45)</sup>と述べている。このように、子ども・子育て支援のあり方は介護保険制度を援用し、あるいは参考に構成された部分があるという。

介護保険の基本理念は「利用者本位」を実現するサービス提供であり、利用者＝当事者は要支援から要介護1～5と区分され、支援度の変化と連動して複数の支援メニューを選び、加減しつつ体制整備・組み替えを行っていくことが制度化されている。「体制整備」という点では、介護と子産み・子育て支援政策は類似している。ただ介護保険制度には、介護が必要な特定個人に対応する「ケア・マネージャー」（介護支援専門員）<sup>46)</sup>という有資格の専門家1名を介護者1人1人に継続的に配することが定められ、同人は介護対象者を最低でも毎月一度は訪問・点検することも規定されている。加えて、当事者や家族側からの申し出で、ケア・マネージャーの変更も可能である。つまり主体は利用者であり、ケア・マネージャーは主体の支援専門員で、介護メニュー紹介者で、コーディネーターで、相談者で等の役割を担う。

さて、子産み・子育て支援メニューは4種に及ぶ法律施行と諸制度を受け実に多種多様である。だが子産み・子育てでは、当事者に対してケア・マネージャーに相当する「高い専門性

を持ち、継続的担当者で、様々な知識の提供、コーディネート、相談役を担う各人に1名のスペシャリスト」が配されていない。また、そうした存在の重要性や必要性も想定されていない。しかし、当事者は、親になるという新しい体験を前に、子産み・子育てケアにどのようなメニューがあるのか、その選び方や相談者も定まらないままに、自身の産み・育てが開始・進行されていく場合が少なくないだろう。

また、介護は重症化に伴い提供メニューの中から、一つ、二つ、三つとメニューを選び、足し引きし調整していく。その際、ケア・マネージャーとの相談や助言で多様なケアのあり方を知り、選び、調整していくことになる。他方、子産み・子育てにおけるケア・メニューは、介護のように「足し算」的ではなく、まず複数の支援を知り、必要とし、子どもの成長に従い複数の支援メニューを一つ、二つと減らしていく道筋かもしれない。

つまり、子産み・子育て支援制度に、介護保険制度のあり方を照らし合わせるなら、後者の極めて優れた部分、つまり「利用者本位」で「ケア・マネージャー的存在を一人一人の子産み・子育て当事者に継続的に配する」という発想と必要性がある。また、これこそが日本の子産み・子育て支援政策に欠落している点である。

当事者に「継続的に伴走する・専門性の高い・一人の有能で信頼できるケアラー・サポーター・助言者・伴走者」的存在が子産み・子育て支援政策に配されるなら、大量の制度化された諸支援は、「当事者とケアラー」によって適切に活用されていくだろう。また当事者の課題や加筆修正部分も明確にされていくに違いない。

#### 注

- 1) 2015年10月に第3次安倍内閣が掲げたプランで、当時の内閣総理大臣秘書官今井尚哉のネーミングと言われ、具体的には①希望出生率「1.8」へ、②子育ては「夢をつむぐ子育て支援」へ、③介護離職ゼロをめざして、④2020年にはGDP600兆円達成など具体策と成果目標が



提示された。

- 2) 雨宮処凛著、集英社インターナショナル、2017
- 3) 少子化の進行が国に及ぼす弊害、または恩恵をもたらすか否か、少子化の是非等の議論は別途紙面を改め論じる。
- 4) 2015年に提示された「アベノミクス第二ステージ」として「一億総活躍社会の実現に向けた新・三本の矢」と表現され、第二の矢で「夢をつぐむ子育て支援：希望出生率1.8」と掲げられた。
- 5) 厚生労働省「平成29（2017）年人口動態統計月報年計概数の概況」より。<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai17/index.html>、2018年8月20日取得
- 6) 2017年の厚生労働省が公表した合計特殊出生率は前年より0.01ポイント低い1.42で、2年連続で低下している。出生率は2005年に過去最低の1.26を記録後緩やかな上昇傾向にあった。しかし概ね1.4台で頭打ち状態にある。一方、出生数は統計開始（1899年）以降で最少、死亡数は戦後最多となり、出生より死亡が多い自然減は11年連続となる。
- 7) 厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）編『平成30年我が国の人口動態—平成28年までの動向—』平成30年3月、10頁参照。<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>、2018年8月29日取得
- 8) 厚生労働省は「雇用均等基本調査」を定期的実施し、平成29年度の速報がHP等で公開されている。それによると、育児休業取得に関する記載は次の通りである。「①女性：平成27年10月1日から平成28年9月30日までの1年間に、在職中に出産した女性のうち、平成29年10月1日までに育児休業を開始した者（育児休業の申出をしている者を含む）の割合83.2%と前回調査（平成28年度調査81.8%）より1.4ポイント上昇した。②男性：平成27年10月1日から平成28年9月30日までの1年間に配偶者が出産した男性のうち、平成29年10月1日までに育児休業を開始した者（育児休業の申出をしている者を含む）の割合は5.14%で、前回調査（同3.16%）より1.98ポイント上昇した。この調査では、女性の育児休業取得率は8割を超えること、しかし男性のそれは伸び悩んでいると指摘されている。なお、この割合は出産前に退職した女性を分母に加え
- ていないことを再強調しておく。
- 9) 育児休業制度で定める休業期間は国により異なる。合計特殊出生率が高いフランス（2016年1.92に回復）では、同休業期間は①子が満3歳になるまで、②1年間の休業あるいは、短時間勤務を二回まで更新可能など、選択可能である。スウェーデン（2016年1.85に回復）では、2012年から両親休暇が18ヶ月に変更されている等。
- 10) 独立行政法人労働政策研究・研修機構HPに詳細が報告されている。<http://www.jil.go.jp/institute/research/2016/150.html>、2018年8月1日取得。また、連合が全3回実施してきた調査と結果は次のHPに詳しい。
  - ① 第1回調査：2013年、<https://www.jtuc-rengo.or.jp/info/chousa/data/20130522.pdf>
  - ② 第2回調査：2014年、<https://www.jtuc-rengo.or.jp/info/chousa/data/20140605.pdf>
  - ③ 第3回調査：2015年、<https://www.jtuc-rengo.or.jp/info/chousa/data/20130522.pdf>、全2018年12月10日取得
- 11) 厚生労働科学研究成果の詳細は次に詳しい。<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIST00.do>
- 12) 日本医事新法社記事より引用、<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=7829>
- 13) 吉田穂波、加藤則子、横山徹爾「人口動態統計からみた長期的な出生時体重の変化と要因について」『保健医療科学』Vol. 63, No. 1 国立保健医療科学院、2-16、2014年
- 14) 拙著『出産施設はなぜ疲弊したのか—日母産科看護学院・医療法改定・厚生諸政策のあゆみ—』日本評論社、2015年参照。
- 15) 出典は厚生労働省、小児・周産期医療について「周産期医療について：体系図」（平成29年7月31日）、<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/AA10K-0000186912.html>、2019年1月27日取得
- 16) ①公益社団法人日本看護協会編『平成24年度助産師の意向システムと助産実習の受け入れ可能性等に関する調査・助産師の意向システムと助産師就業継続意思に関する調査報告書』平成26年3月。②公益社団法人日本看護協会編『より充実した母子のケアのために—産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き—』メディカ出版、2013年。③北島博之「全国の総合病



- 院における産科混合病棟と母子同室の状況について」『日本周産期・新生児医学会雑誌』48(3) 2012年
- 17) 2017年10月7日に神戸市で開催された「日本母性衛生学会総会・学術集会」シンポジウムでの斉藤いずみ(神戸大学大学院保健学研究科教授)報告等より。
- 18) ①国際ジェンダー学会2003年大会シンポジウム『少子化社会対策再考—ジェンダーの視点からみた政策・身体・産育—』、企画・司会：中山まき子(当日配布資料)より。2003年9月15日、東京ウイメンズプラザ。②拙著『『少子化社会対策基本法』と家庭科教育』『家庭科教育』第78巻4号、2004年4月73-97。
- 19) 池本美香「次世代育成支援対策推進法をめぐる課題—CSR(企業の社会的責任)の議論を生かした取組を」、『Business & Economic Review』2004年2月号、<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=13588>、2018年12月12日取得
- 20) 拙著「生涯を通じた女性の健康と女性／子どもに対する暴力の根絶」『ジェンダー白書6—女性と健康—』明石書店、2008年、98-113参照。
- 21) 同法制定の立役者である香取照幸によれば、本法は本質的には少子化対策ではなく家族政策、あるいは家族支援であるべきだと述べている。香取照幸『教養としての社会保障』東洋経済新報社、2017年、255-256
- 22) 子どものための現金給付(児童手当／子ども手当)は、1972年の制度発足後から、支給対象と支給月額が再三修正されてきた。本法律を受け、児童手当制度が再改変し、0~3歳未満一律15,000円、3歳~小学校修了まで第一子・第二子10,000円、第三子以降15,000円、中学生一律10,000円(総て月額)に変更。所得制限以上は一律5,000円。
- 23) 内閣府・文部科学省・厚生労働省編「子ども・子育て関連3法について」平成25年4月を参照されたい。<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/s-about.pdf>、2018年8月31日取得
- 24) 認定こども園は、平成18年6月に「就学前の子どもに関する教育・保育等の総合的な提供の推進に関する法律」(平成平成18年法律第77号)に基づく。同年10月からは、文部科学省・厚生労働省幼保連携推進室が設けられた。しかし本制度は当時進まなかった(参照：[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/hyouka/kekka/08100102/009.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/hyouka/kekka/08100102/009.htm))。現在は、本法の制度化で急増中。<https://www8.cao.go.jp/shoushi/kodomoen/pdf/ensuu.pdf>、2019年1月9日取得
- 25) 内閣府子ども・子育て本部「認定こども園に関する状況について(平成30年4月1日現在)」、[https://www8.cao.go.jp/shoushi/kodomoen/pdf/kodomoen\\_jokyo.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/kodomoen/pdf/kodomoen_jokyo.pdf)、2019年1月10日取得
- 26) 立法に尽力したのは内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局(事務局長代理・山崎史郎等)。山口県出身の山崎は日本の介護保険制度に尽力した旧厚生労働省官僚。その手腕が期待され創生本部事務局で統括官を務めた。
- 27) 例えば、筆者の研究では「母子健康センター設置事業」(1957年)、「市町村保健センター設置事業」(1978年)、社会福祉関連諸施設など、国・都道府県・基礎的自治体が各3割の費用負担で施設をつくる事業である。拙著『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、2001年に詳しい。
- 28) 筆者は「母子健康センター」政策が1957年から何故開始され、やがて施設数を増やし、母子保健法策定の動きと連動し、同法第22条に定められていったのか一連の経緯を究明してきた。上記27に記した書籍に詳しい。
- 29) なお、母子保健法第22条の内容改訂に関する国会審議の経緯は示されていない。
- 30) 拙著『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、2001年参照。
- 31) 全国母子健康センター連合会は、国井・竹村らが1962年2月頃から準備を行い同年9月に設立総会を行った。この時全国の母子健康センター施設総数は187カ所で、同連合会が全国母子健康センターの育成・活性化を促進させた。
- 32) 拙著「母子保健法をつくった戦後の日本社会—リプロダクティブ・ヘルス/ライツをめざして」『健康とジェンダー』明石書房、2000年、241-272
- 33) 厚生労働省『子育て世代包括支援センター業務ガイドライン』、平成29年8月、[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodate\\_sedaigaidorain.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodate_sedaigaidorain.pdf)、2018年3月取得、他。
- 34) 厚生労働省「第5回市町村の支援事業のあり

方に関する検討 WG」、平成 28 年 12 月 21 日、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000146786.pdf>、2018 年 3 月 1 日取得

- 35) Neuvola (フィンランド語) : Neuvo = アドバイス、La= 場所の意味。「助言対話の場」、「出産・子育て家族サポートセンター」とも訳され、妊娠期から就学前の子どもを持つ家族を対象に、地域の健診・相談支援の拠点となっている。出産ネウボラ (健診をここで実施)・子どもネウボラに別れどちらも妊婦から・子育て期までの家族の 9 割以上が利用しているとの報告もある。同所で女性に対する助言者は専門教育を受けた特定個人が女性とその家族に、同一人物が継続的に関わり続けるシステムである。
- 36) 武蔵野大学付属産後ケアセンター事業および事業譲渡に関するお知らせ (産後ケアセンター桜新町より)、<http://kosodateswitch.jp/catchup/201510/>、2018 年 12 月 10 日取得。
- 37) <https://wako-pwhc.org/index.html>、2018 年 12 月 10 日取得
- 38) 「第 16 回社会保障制度改革国民会議」議事録より。なお筆者は 2010 年頃からの関連会議議事録を渉猟。
- 39) 高橋睦子著『ネウボラ フィンランドの出産・子育て支援』かもがわ出版、2015 年、95 頁。高橋睦子：科学研究費挑戦的萌芽研究『切れ目ない子育て支援：フィンランドのネウボラからの示唆』2015～2017 年、他。
- 40) 上記第 16 回会議議事録。また、2004 年頃からネウボラの意義を重視・展開する様々な動きが見られる。
- 41) 拙著『出産施設はなぜ疲弊したのか—日母産科看護学院・医療法改定・厚生諸政策の歩み—』日本評論社、2015 年、302-347・369-380 に詳しい。
- 42) チーム医療メディカル推進協議会 HP より (<https://www.team-med.jp/specialists>、2018 年 3 月 4 日取得)
- 43) 「それは私の担当ではないので」、「医師に聴いて下さい」等の発言や助言を受ける場合など。
- 44) 介護保険法では、第 115 条の 46 に「地域包括支援センター」を、「第 1 号介護予防支援事業等を行う設置」として設置を義務付けている。
- 45) 林譲治「産後ケアガイドライン導入の背景と社

会的意義」、シンポジウム『ユニバーサルで切れ目のない養育者支援』より。この発想と名称を「子育て世代包括支援センター」は活用していると推察される。

- 46) 介護保険の基本理念は「利用者本位」を実現するサービス提供で、介護保険法第 5 章「介護支援専門員並びに事業者及び施設」にケア・マネージャーの専門性・資格・配置等詳しい。

#### 〈参考文献〉

- 柏女霊峰監修・著、橋本真紀編著『子ども・子育て支援新制度—利用者支援事業の手引き—』第一法規、2015
- 木脇奈智子・太田由加里「家族支援の比較ジェンダー研究：第 1 報—フィンランドのネウボラと育児パッケージにみる子育ての社会化—」『藤女子大学 QOL 研究所紀要』Vol. 10、2015、5-12
- 木脇奈智子・太田由加里「フィンランドの家族支援—ロヴァニエミ市におけるネウヴォラとチャイルドデイケアセンターの現地調査—」『藤女子大学 QOL 研究所紀要』Vol. 11、2016、5-16
- 木脇奈智子「フィンランド・ネウボラの理念と現状—ハマーリナのネウボラナース養成校の現地調査から—」『藤女子大学 QOL 研究所紀要』Vol. 12、2017、5-12
- 香取照幸『教養としての社会保障』東洋経済新報社、2017
- 厚生労働省『周産期医療体制のあり方に関する検討会 意見の取りまとめ』平成 28 年 12 月
- 子育て世代包括支援センターの実施状況 (平成 29 年 4 月 1 日時点)
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局「子育て世代包括支援センターの実施状況」・「子育て世代包括支援センターと利用者支援事業等の関係等について」平成 27 年 9 月、<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/office/pdf/s41-2.pdf>、2018 年 6 月 1 日取得
- 厚生労働省「産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン」平成 29 年 8 月発表、HP
- 高橋睦子「子育て支援の多元化—フィンランドの家族政策の展開を中心に—」『社会政策研究 2 特集：家族・ジェンダーと社会政策—』東信堂、72-92、2001
- 高橋睦子『ネウボラ フィンランドの出産と子育て支援』かもがわ出版、2015

- 特定非営利活動法人せたがや子育てネット『せたがや子育てライフ—ブレママ・パパから修学前まで—』せたがや子育てライフ編集委員会編、特定非営利活動法人せたがや子育てネット発行、2017
- 中山まき子『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、2001
- 中山まき子『「少子化社会対策基本法」と家庭科教育』『家庭科教育』第78巻4号、2004年4月、73-97
- 中山まき子『出産施設はなぜ疲弊したのか—日母産科看護学院・医療法改定・厚生諸政策のあゆみ—』日本評論社、2015
- 中山まき子『子産み・子育てに継続的なケアを—当事者・助産師・医師・制度から—』基調講演配布資料、国立オリンピック記念青少年センター、2018年3月10日
- 中山まき子・木脇奈智子・古宇田千恵・船橋恵子『日本家族社会学会、企画全体提案型テーマセッション「子産み・子育て」に対する養育者・支援者体制・政策の関わり—フィンランド・ニュージーランド・日本の事例から—報告書』2018年9月9日、家族社会学会要旨集、2018年9月
- 林已知夫・高橋睦子『子育て世代が住みたいと思うまちに—思春期から妊娠、出産、子育てまでの切れ目ない支援の取り組み—』第1法規出版、2014
- 林 謙治「特別記事：『産前・産後サポート事業ガイドラインおよび産後ケア事業ガイドライン』導入の背景と社会的意義」『助産雑誌』第71巻第12号、2017年12月25日号、医学書院、942-947
- 林 謙治監修『産後ケアの全て』財界研究所、2017
- 藤井ニエメラみどり・高橋睦子『フィンランドの子育てと保育』明石書店、2007
- 船橋恵子『「子ども・子育て支援新制度」に見る子育ての社会化の特徴—ヨーロッパの先行事例と比較しつつ—』、『大原社会問題研究所雑誌』No. 722、法政大学大原社会問題研究所刊発行、2018年12月、17-32。
- みずほ情報総研株式会社・厚生労働省平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業・『子育て世代包括支援センターの事業ガイドライン案作成のための調査研究報告書』2017年3月