

第3章

子どもの成長に応じた子育て支援策

第1節 妊娠・出産・乳幼児期から未就学期まで

1 妊娠・出産時における支援 (年齢進行別の子育て支援策)

現在のわが国では、様々な子育て支援策が講じられている。主な子育て支援策を子どもの年齢進行別にみると、第1-3-1図のとおりとなる。母子保健・学校保健、労働の場での子育て支援、地域の子育て支援サービス、経済的支援策等、多岐にわたる。

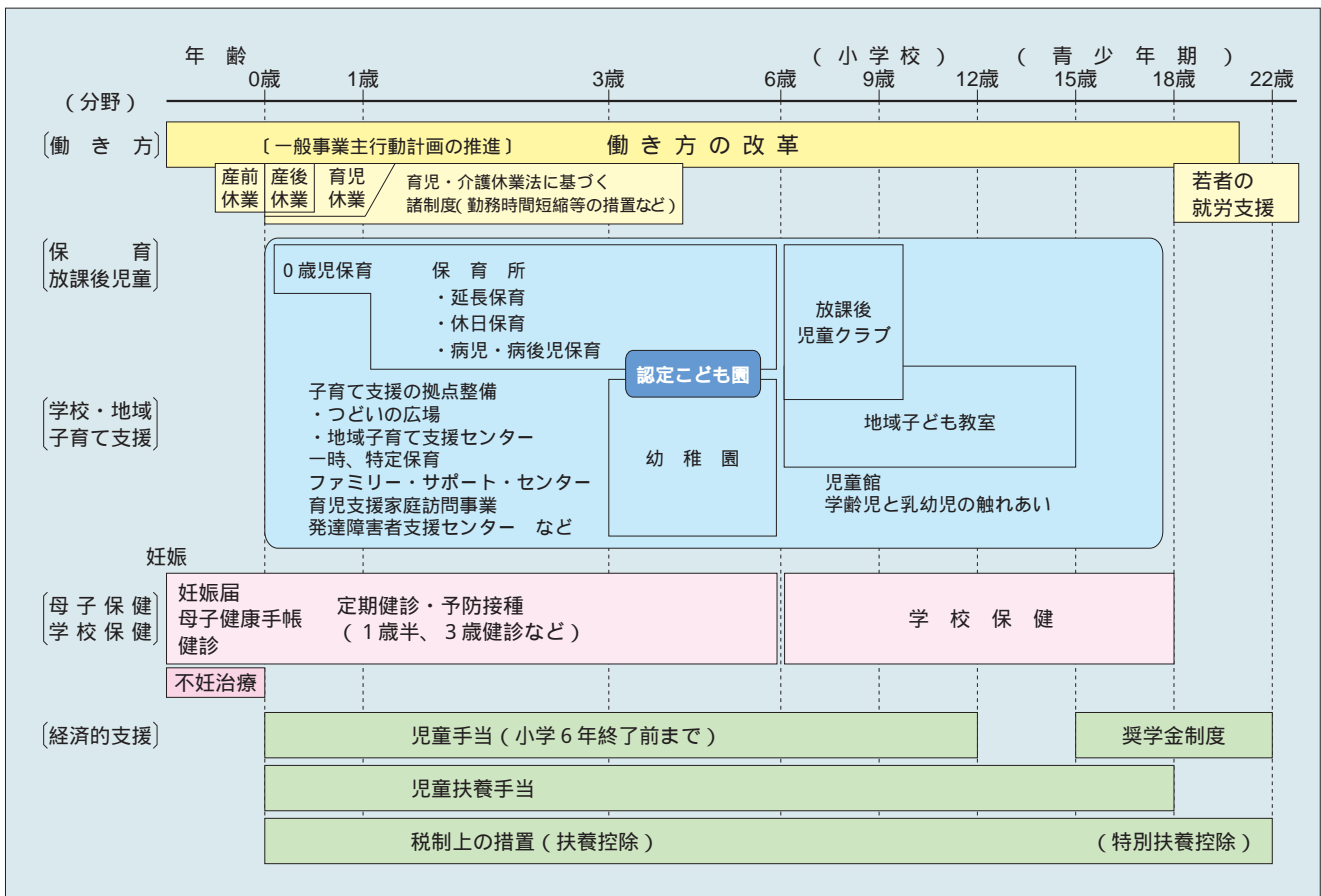
本章では、こうした現行制度の状況と課題を概括的に説明しながら、本年(2006年)6月20日に決定された「新しい少子化対策について」(以下「新しい少子化対策」という。)の中で提示

している主な子育て支援策を解説する。新しい少子化対策の中で、子どもの年齢進行別に提示した施策の流れのイメージは、第1-3-2図のとおりである。

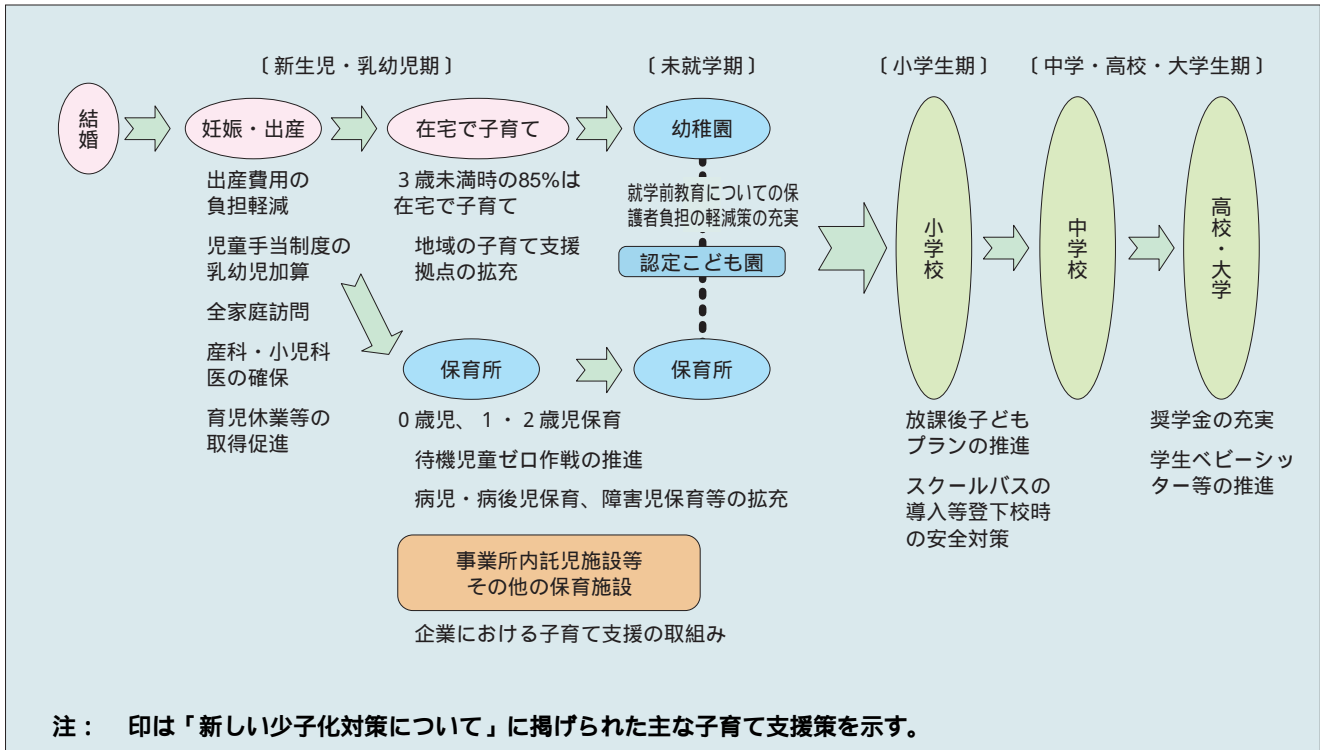
(人生・家庭にとっての喜び)

新たな生命の誕生は、妊産婦自身はもちろんのこと、その配偶者である夫、夫婦の両親、きょうだい、親族、友人など、大勢の人たちにとって大きな喜びである。親から子へと命が引き継がれるという意義だけでなく、夫婦の愛情の結晶、家族の幸福、未来への期待など、喜びの

第1-3-1図 子どもの年齢からみた子育て支援策



第1-3-2図 「新しい少子化対策について」における年齢進行別子育て支援策のイメージ



内容は様々であろう。社会にとっても、将来の社会を支える担い手の誕生であり、喜ばしいことである。

他方、子どもの妊娠・出産は女性にとって喜びであるとともに、身体的にも精神的にも人生の一大事である。妊娠からくる体調や気持ちの変化、自身と胎児の双方の健康の維持、安全・安心な出産に向けての準備、仕事や家庭との両立、産後の育児の準備、経済的な面での対応等、出産までにやらなければならないことがたくさん存在する。特に、初めての妊娠・出産の場合には、母親である女性自身にとっても、家族にとっても初めての経験であり、慣れないこと等から不安も多い。核家族化が進展し、地域社会での協力関係が薄れつつある現状では、個人的に頼るところが少ないため、妊婦とその家族に対する支援が必要である。

また、子どもはこれからの社会の希望であり、未来の日本社会をつくりあげていく力でもある。妊婦やその家族の不安を解消し、負担を軽

減し、子どもの誕生の喜びを共に分かち合うことは、社会の責任でもある。

妊娠してから出産まで、夫や家族の支援・協力が不可欠であることはいうまでもないが、母子保健や医療面の充実、公的医療保険での対応、福祉サービス等、社会的に支援していくことが重要である。

（妊娠・出産に対する支援策）

妊娠・出産に対する現行施策の支援策の概要は、次のとおりである。

まず、妊娠が判明したときには、市町村（保健センター等）に届出をすることにより、母子健康手帳が交付される。母子健康手帳は、妊娠中の母体の経過や、出産の状態と出産後の母体の経過、子どもの定期健診結果や発育状況（身長や体重）、予防接種状況等を記録できるとともに、妊娠から出産、育児期における各種の注意事項等が記載されている¹。母子健康手帳は、

1 地方自治体によっては、母子健康手帳だけでなく、栃木県などにみられるように父親向けに「父子手帳」を発行しているところもある。

母親と子どもの健康を守るために大変有用であるほか、妊娠・出産・育児期の健康記録としても価値がある。

妊娠中の健康管理としては、妊娠初期から妊娠23週までは4週に1回、妊娠24週から35週までは2週に1回、妊娠36週から出産までは毎週1回、医療機関に通院して健康診査を受けることが推奨されている。現在、市町村では、一般的に健康診査の2回分程度について助成を行っている²。

働いている女性のためには、妊娠・出産時において男女雇用機会均等法に基づき母性健康管理措置が定められている。まず、妊娠中の健康診査については、上述した回数健康診査につき、事業主に申し出ることにより、必要な時間を確保することができる。また、妊産婦が医師や助産師の指導を受けた場合には、その指導事項を守ることができるように、事業主は、勤務時間の変更、勤務の軽減等、必要な措置を講じなければならない。

また、労働基準法に基づき、産前・産後休業として、産前6週間(多胎妊娠の場合は14週間)を、事業主に請求して休業することができる。産前休業は本人の申請によるので短くすることもできるが、申請があった場合には事業主はこれを認めなければならない。産後8週間は、事業主はその者を就業させることはできないとされており、休業を義務付けられている³。また、父親の場合には、事業主によっては就業規則等で配偶者が出産時の休暇(配偶者出産休暇)を規定しているところがあるので、それを利用で

きる⁴。

出産休暇中は事業主は賃金を支払う必要がないので無給となるが、健康保険法等に基づき、出産手当金として賃金日額(標準報酬日額)の60%が健康保険等から支給される。

出産費用の支援としては、公的医療保険制度から出産育児一時金の給付がある。産科医院における平均的な分娩費を考慮して、本年10月から、子ども1人につき従来の30万円から35万円に引き上げられている。給付の申請はそれぞれの加入する公的医療保険の保険者に対して行う。

(出産時の経済的負担の軽減)

新しい少子化対策では、妊娠・出産時の負担軽減として、以下の施策を講じることとしている。

第一に、出産育児一時金の支払手続きの改善である。

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申請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育児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。2006(平成18)年秋から、保険者の任意の取組としてこの改善策が実施されているところである。

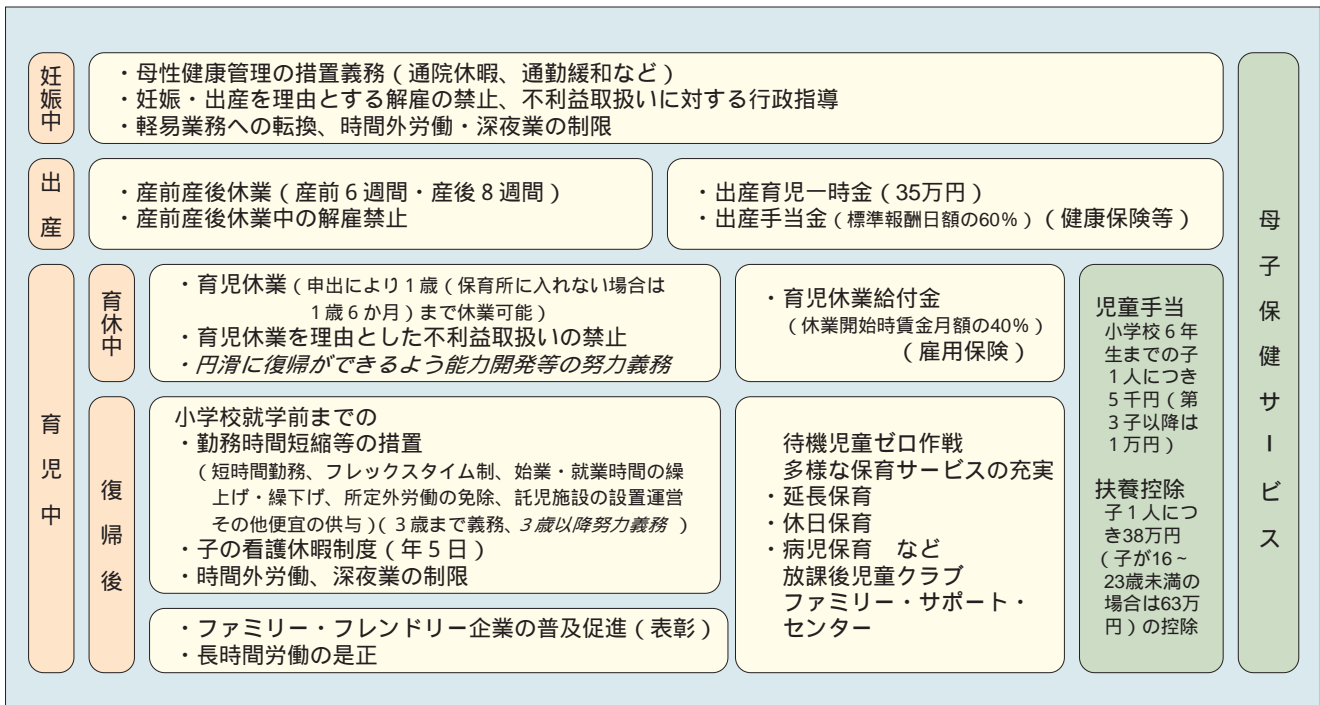
第二に、妊娠中の健診費用の負担軽減である。健診費用は公的医療保険の対象外であるた

2 母子健康手帳に公費負担の回数分の妊婦健診診査受診票がついており、妊婦は市町村が委託した医療機関において健康診査を受診した際、受診票を提出すれば市町村が指定した検査範囲について無料となる。

3 なお、産後6週間経過後に医師が認めた業務については、本人の請求により、就業させることができる。

4 配偶者出産休暇制度とは、労働基準法に規定する年次休暇以外の休暇制度であって、配偶者の出産の際に、病院の入院・退院、出産等の付添等のために男性労働者に与えられる休暇をいう。3分の1の事業所で制度化されており、配偶者の出産1回当たり1~5日の休暇としているところが大部分である。国家公務員の場合には、妻が入院等の日から出産後2週間までの間に、2日の範囲内で休暇をとることができる。なお、厚生労働省研究班(主任研究者:島田三恵子大阪大学教授)の出産に関する全国調査(2005年)では、夫の2人に1人(52.6%)は出産に立ち会っている。この割合は1999年の調査の36.9%から大幅に増加している。

第1-3-3図 安心して妊娠・出産し、働き続けることができる環境整備のための諸制度



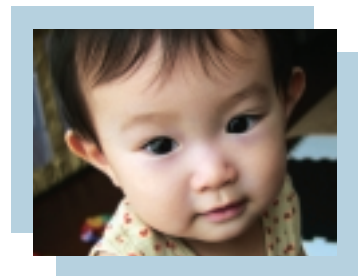
め、全額自己負担となっている。上述したとおり、現在、市町村から2回分程度の無料の措置が講じられているところが多いが、その余の自己負担として約9万円程度かかっている⁵。新しい少子化対策では、負担軽減の回数を拡大することにより、妊婦が必ず健診を受けるようにし、母体や胎児の健康確保を図ることをねらいとしている。

第三に、不妊治療に対する公的助成の拡大がある。

コラム欄にあるとおり、不妊治療を受けている患者数は、年間約47万人にのぼっているが、不妊治療法の中で体外受精の場合には、公的医

療保険の適用外で全額自己負担である。1回当たりの費用も高額であり、かつ、何度も治療を繰り返すことが多い。そこで、政府は、2004（平成16）年度から、不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、都道府県、指定都市及び中核市を実施主体として、体外受精及び顕微授精の治療に対して、年間10万円を限度に2年間助成する制度（特定不妊治療費助成事業。所得制限あり）を創設した。2006年度からは助成期間を5年間に延長している。

新しい少子化対策では、さらに、この助成制度を拡充し、不妊治療の負担軽減を図ることとしている。



5 （財）こども未来財団「子育て家庭の経済状況に関する調査研究」（2006年）による。

コラム

最近の不妊治療について

日本産婦人科学会の定義では、「不妊症」とは、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、性生活を送っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間については1年から3年までの諸説があるが、アメリカでは1年、日本では2年というのが一般的である」としている。

不妊治療の方法としては、排卵時期に性行為をもってもらうタイミング法、精液を注入器を用いて直接子宮腔に注入し、妊娠を図る人工授精、排卵誘発剤の使用等の薬物療法や、精管や卵管の手術などの特殊な不妊治療、人為的に卵巣から取り出した卵子を培養液の中で精子と受精させ、受精後の受精胚を子宮腔や卵管に戻し、妊娠を期待する方法（体外受精・胚移植）や、体外受精の一方法であるが、顕微鏡下で卵子内に精子を人工的に注入し、授精が完了した後、胎内に戻す方法（顕微授精）がある。このうち、及びは、公的医療保険の適用外となっている。

不妊治療を受けている患者数は、全体で約47万人、そのうち一般的な不妊治療で約33万人、人工授精で約7万人、体外受精で約7万人と推定されている⁶。

不妊治療にかかる治療費としては、人工授精が1回当たり約1万円、体外受精・胚移植が約30万円、顕微授精が約40万円となっている⁷。

日本産科婦人科学会の調査によると、体外受精で生まれる子どもの数はここ数年急増しており、2003（平成15）年の出生数は約1万7,400人で、全出生数の1.5%に達している。

なお、不妊治療に対する公的助成を受けるための不妊治療施設の指定は日本産科婦人科学会の会告等に定める要件を満たしていることを条件に各都道府県が登録を行っているが（2005年において全国で648施設登録）、登録施設の中でも設備・実績等に差があるという報告があり、今後、不妊治療施設の質の確保も課題となっている。

2 産科・小児科医療体制の確保

（産科医の現状）

母子保健の充実や医療体制の整備等により、わが国の乳児死亡率（出生児1,000に対するゼロ歳児死亡数の比率）は2.8（2005年）と、世界で最も低い数値となっている⁸。また、妊産婦死亡率（出産10万対）は、昭和30（1955）年代から大きく低下し、当時は150前後の高さであったのが、1988（昭和63）年に一桁台となり、2005年は5.7となっている。

出生の場所をみると、全体の51.4%が病院であり、次いで診療所（47.4%）、助産所（1.0%）、自宅（0.2%）となっている（2005年）。1975

（昭和50）年と比較をすると、病院・診療所の割合が高まり、助産所、自宅での出生数は大幅に減少している。

一方、少子化の進行の中で、産婦人科医の数が減少傾向にある。1970（昭和45）年には医師総数が11万8,990人で、そのうち産婦人科医は1万3,841人であったが、2004（平成16）年には医師総数は27万371人と1970年と比べて2倍以上に増加したものの、産婦人科医は1万163人と減少している。最近10年間（1994年から2004年）でも、医師総数は約4万人増加したが、産婦人科医は876人減少（7.9%減）している。

また、日本産科婦人科学会の調査では、産科

6 厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」（2002年）による。

7 厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する医師及び国民の意識に関する研究」（1998年）による。

8 主要国の乳児死亡率は、アメリカ6.9、イギリス5.3、フランス4.4、ドイツ4.2である（いずれも2003年）。World Population Prospects: The 2004 Revisionによれば、2000～2005年の乳児死亡率は、世界平均で57.0、先進地域では7.7、発展途上国では62.4と推計されている。