

視点

児童虐待防止と少子化対策に 妊産婦医療費助成制度の普及を



福島県医師会常任理事

新妻和雄

I. 若者の貧困と児童虐待

貧困のラインを可処分所得の中央値50%に設定し、所得再分配調査を基に計算した、世帯類型別、世帯主年齢階級別の貧困ライン以下の指標の推移の報告から、29歳以下の若年世帯の貧困率が上昇傾向にあります。若年世帯の貧困率は25.9%であり、若年世帯の4分の1が貧困であるという事は大変大きな問題です。また、別の調査では、9年間の調査中、35%の女性が一度は貧困を経験しているという報告もあり、より女性の方が貧困に陥りやすい傾向にあります。日本教育学会が実施した調査では、正規雇用の比率は学歴と比例し、男性の正規雇用比率は、普通高校卒で50%、高卒未満では32%でした。女性の場合はそれぞれ26%、7%であり、男性の場合と比べかなり低くなっており、女性の正規雇用者を国際比較すると、スウェーデン88.4%、ノルウェー86.8%、フランス86.6%であるのに対し、日本は42.5%です。学歴に

よる正規・非正規割合の差は、そのまま社会的格差を意味することになり、貧困に陥るリスクもそれに比例します。

経済的要因と児童虐待との関連について、アメリカでは以前より広く認知されていましたが、日本においても、東京都の調査報告では、児童虐待と認識された家庭のうち、経済的困難を抱える家庭は30.8%、栃木県の児童虐待事例分析では、家庭の経済状態が苦しいと回答したのは50.6%、青森県内の児童相談所に寄せられた相談事例でも、約60%に経済的困窮があると報告されています。北海道の同様な調査でも貧困・低所得世帯は74.6%であり、経済的困窮と児童虐待との関連は、東京や大阪でなく地方でより深刻です。貧困は子育て世代の若者に多く、特に女性の場合、妊娠により、働くこともできなくなり、更に貧困が加速します。貧困女性が、子に対する養育負担が高いと、不安感、抑うつ感、睡眠障害や育児の意欲の低下を招き、孤立化し、人生の否定感も増し、精神疾患に陥るリスク

が高くなり、個人の性格や責任に帰すことのできない「虐待」に繋がる可能性もあります。最近、父親の育児参加も叫ばれていますが、貧困の父親が育児参加しても、母親と同じように「虐待」に繋がる場合も少なくありません。

Ⅱ. 児童虐待防止に対しての妊婦健診の活用

児童虐待による死亡事例での第一位は、日齢0日での虐待死で34%です。死亡場所は産科施設ではなく、自宅などであり、加害者は実母が78%を占めております。背景としては、母親が悩みを抱えている場合、若年出産、望まない妊娠、母親自身の精神疾患などで、安心して子を産める環境にない特定妊婦である事例が多くなっています。日齢0日で虐待死が免れても、産んだわが子を育てられず、熊本の「赤ちゃんポスト」に預けられた事例では、原因の第一位が若者の経済的困窮であるように、児童虐待の出発点は若者の貧困です。

児童虐待防止のためには、関係機関が、リスクのある妊婦に対して出産前から関わる必要があります。そのために妊産婦健診の活用は有用です。しかし、経済的困窮にある妊産婦が妊産婦健診を受ける可能性は低い。このため、妊産婦健診での特定妊婦の早期発見が期待できず、特定妊婦に対する多職種連携も機能しません。虐待防止の観点からは、若者の貧困の根絶が大事ですが、教育、就労、保育、財政支援の4つの支援のうち、妊産婦への支援は、働くことができにくい為、財政支援しかありません。次に述べる「妊産婦健診公費負担制度」と「妊産婦医療費助成制度」の両輪の財政支援で、貧困の妊婦を把握し、妊婦健診の場に拾い上げることが児童虐待防止、更には、少子化対策のスタートになると考えています。

Ⅲ. 妊産婦健診公費負担制度と妊産婦医療費助成制度の両輪の妊産婦への財政支援

i) 妊産婦健診公費負担制度

a) 市区町村が、医療機関に対して、妊産婦健診の一部業務委託をする制度です。

b) 市区町村は、医療機関に対し助成金を支給しているのではなく、妊産婦に対し助成をしています。

福島県では、すべての妊産婦がこの制度を利用し、妊婦健診の費用はほぼ無料となっております。しかし、a) b)のように、「妊婦健診公費負担制度」は妊娠中の疾病の自己負担金に対しては、適用になりませんので、妊娠中の財政的支援の為には「妊産婦医療費助成制度」も必要になります。

ii) 妊産婦医療費助成制度

妊産婦医療費助成制度は、妊産婦の医療費の保険診療自己負担を自治体が公費で助成するもので、妊産婦への経済的支援の一つです。本制度は全国では4県にて全県下で行われ、その他の都道府県では、いくつかの市町村の自治体事業として実施されています。昭和48年に栃木県、富山県、岩手県の3県で、平成10年に茨城県全県下で開始されました。

隣の栃木県の妊産婦医療費助成制度の場合、対象者は全妊産婦、対象者の所得制限はなく、給付対象は医療保険適用のすべての疾病です。妊産婦の経済的負担がなくなり、特に帝王切開や切迫早産、長期入院など高額医療費となった妊産婦から高く評価されています。栃木県の出生数は年間約14,000件で、本制度申請数は年間約10万件です。県の助成総額は年間約2億3千万円で、県と各市町村がそれぞれ5割ずつ負担していることから、

助成総額(県と各市町村の合計額)は年間約4億6千万円と推定されます。単純な計算では、妊産婦1人当たりの助成費用は約3万3千円と試算されます。妊産婦医療費助成制度の財政支出は、妊産婦健診公費負担制度の約5分の1、子どもの医療費助成制度の約10分の1で済みであり、市町村における追加の財政負担は少額であると考えられます。筆者も、下腹痛で来院し、切迫早産で外来治療開始したものの、自己負担金数千円でも、貧困の妊婦には大金であり、お金が払えず通院して来なくなりました。程なく下腹痛強く救急車で運ばれ、早産となってしまった事例を多く経験しております。安心して子を産める環境の為、少額の追加の財政支出は必要かと思っております。

子どもの医療費助成制度の全国での普及が得られた現在、成育基本法における大きな方針である「妊娠・出産・子育ての切れ目のない包括的支援」において、安心して子を産める環境の整備や児童虐待防止には、妊娠・出産への支援(妊産婦への支援)がなされるべきと考えます。

かつて子どもの医療費助成制度は地方の少数の自治体にて開始され、それがまたたく間に周辺の市区町村へと拡大し、今や全国すべての自治体で設置されました。前述したように、経済的困窮と児童虐待との関連は地方でより深刻です。平成28年度の対15歳未満人口比率でみた児童相談所相談受付件数によると、妊産婦医療費助成制度を全県下で実施している4県は、人口比率受付件数平均1.7%で、

全国平均の2.9%を大きく下回っています。児童虐待防止のために、妊産婦医療費助成制度が、地方の各都道府県内の大きな市で開始されれば、それが契機となり都道府県内のすべての市区町村に設置され、児童虐待の減少効果が期待できます。

IV. 児童虐待防止と少子化対策に妊産婦医療費助成制度の普及を

福島県のような地方では、若者の貧困と児童虐待とは関係があります。子どもの医療費助成制度が全国で普及されておりますが、児童虐待が増加傾向にあるのは、妊産婦の経済的負担もその原因の一つかもしれません。貧困状態にある若者は結婚をすることもためらいます。最近の妊娠は「出来ちゃった妊娠」も多く、子育て意識も薄いまま若い女性が妊娠しても離婚に至る場合も多く、母子家庭となる割合も増えて貧困に陥ります。貧困の割合が多い若者への妊娠中からの経済的支援が、児童虐待の防止に役立ち、最終的には、少子化対策のスタートにもなります。

最近の新型コロナウイルスの感染症の蔓延により、非正規労働者は、働く場所さえもなくなっております。働く場所の無い貧困の若い女性が多い現在、安心して子を産める環境にすることは、少子化対策や、妊産婦のメンタルヘルスケアにも重要でありますし、産み終わった後の児童虐待防止にもつながってゆきます。少ない財政支出で、すぐに実行できる「妊産婦医療費助成制度」の普及が大事であると考えています。