ISSN 0289-2383

MOTHER AND CHILD WELLBEING AROUND THE WORLD

VOL.38 1995-4

世界の児童と母性

［特集］母子保健のいま・これから

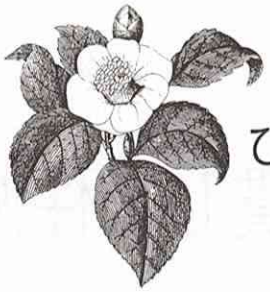
世界の児童と母性

第38号／1995年4月

CONTENTS

特集◆母子保健のいま・これから

ひとこと――網野武博……1
〈対談〉"私"に身近で一貫した保健サービスを――平山宗宏／横井茂夫……2
母子保健法改正される――清水美登里……11
タイの母子保健活動――Nittaya J. Kotchabhakdi……15
これからの施設保健――帆足英一……21
進む母子感染対策――川名　尚……25
保健と福祉から見た子どもの食行動・食生活――水野清子……29
十代の妊娠――岩崎美枝子……33
病児・病後児保育――新平鎮博……38
カイロ人口会議とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ――阿藤　誠……42
エイズと子ども　Q&A――南谷幹夫／西川慶繁……46
〈コラム〉子どもの時期と年齢範囲　4．イギリス――許　末恵……55
「児童の権利に関する条約」ウオッチング　2．
「北海道養護施設ケア基準」策定の歩み――千葉智正……59
編集後記――横井茂夫……63



ひとこと

1995年（平成７年）という年は、戦後50年という特別の意味を込めて語られている。50年の意味は非常に広く、深くそして重い。例えば、本号が特に取り上げているわが国の福祉・保健の実状でみていくと、憲法第25条で定められている『健康で文化的な（wholesome and cultured）』生活が、最低限度の視点のみにとらわれることなく、真に国民一人ひとりのウエルビーイングに関心をおいた、より高度の、より自己実現的なものへと指向できる条件が、この半世紀を経た今ようやく整ってきたと言えるのではないだろうか。

このことは、「児童の権利に関する条約」の中にちりばめられている子どもへの最大、最高の保障という理念を、われわれが責任を持って実行することへの指向と強く結びつくものである。それはすなわち、条約が表現する『児童の最善（best）の利益を考慮する』こと（第３条）、『児童の生存及び発達を可能な最大限（maximum）の範囲において確保する』こと（第６条）、『到達可能な最高（highest）水準の健康を享受する』こと（第24条）、『人格、才能並びに精神的及び身体的な能力をその可能な最大（fullest）限度まで発達させる』こと（第29条）等々の最高級によって表現された意図や願いを積極的に展開することに他ならない。本号が特集する内容は、そのひとつである到達可能な最高水準の健康がどのように保障されているのか、そして課題としてどのようなものがあるのかを問うものであり、積極的福祉・保健の視点は、今後一層重要なものとなる。

編集委員長・網野武博

特集

母子保健のいま・これから

対談

"私"に身近で一貫した保健サービスを

「母子保健法」の公布から30年。
その間に乳児死亡率は世界最低を記録。
ときは流れ、いま、
母子を取り巻く保健サービスも大きく転換中。
エンゼルプランの策定、母子保健法の改正……。
そこで、母子保健のいまとこれからを考えます。

平山宗宏（ひらやま むねひろ）
日本総合愛育研究所　所長
横井茂夫（よこい しげお）
東京都立母子保健院　小児科医長

時代の要請は衛生から保健へ

横井　「母子保健法」の改正が1997年までに全面実施されますが、まず母子保健とはどういうものか伺いたいと思います。日本では、母子保健ということばはまだ一般的ではないと思いますが……。

平山　日本ではそうですね。以前は母子衛生ということばが使われていましたが、衛生より保健のほうがことばの概念の幅が広い。つまり、衛生の範疇は病気の発生予防、健康の保持だけですから、もっと前向きな健康の増進までを含めたものとして、母子保健ということばが使われるようになってきました。厚生省でも今年（1994）母子衛生課が母子保健課に改称されましたね。外国ではmaternal and child health と言いまして、その頭文字を取ったＭＣＨという略語が、母子保健、医療面で広く定着している感があります。

母子保健とは読んで字のごとく、母親と子どもを対象とし、子どもの健康を母親の胎内にいるうちから、母子一体の関係で見ていこうということです。死亡する子どもが多かった時代の小児医学は、病気の治療が主目的でした。その後、抗生物質の発見によって病気の治療が非常に進み、予防医学的発想が取り入れられるようになった結果、健全育成を含めた小児保健、母子保健に手を伸ばせるようになってきたといえるでしょう。

最近では、母子保健ということばを使うと、では父親はどうなのだ、とか、子育ては母親だけの仕事ではないはずだというような、女性からの意見を耳にしますが、親子関係において、残念ながら父親は母親にかなわない部分もありますし……。最近では、家庭保健ということばも聞かれますが、行政のサービスも含めて、母子保健ということばは定着しつつあるのではないかと思います。

高い母子の死亡率対策からスタート

横井　戦前の日本では乳児死亡率、つまり、出生千人に対し、１歳のお誕生日を迎えるまでに死亡する数が100人に近く、それが当たり前。50歳以上の人と乳児の死亡数がほぼ同じくらいで、いまでは信じられないことですが、死亡の原因の上位は腸炎や肺炎だったようですね。そこで、妊娠中あるいは出生時

が子どもの健康に大きく影響するという観点から、まずお母さんをなんとかしようということで、平山先生がいらっしゃる母子愛育会が設立されたりした。それが日本の母子保健の基礎となったのではないでしょうか。

平山　当時は母子の死亡率に都会と農村部で倍以上の開きがありましたから、死亡率の高い地域をより早く、よりよくしようという狙いで始めたのが愛育班の活動でした。1934年のことです。ですから、日本の母子保健は、戦前の農村部における母子の死亡の多さに対応することからスタートしたといえます。軍国主義の時代は、人材の確保の意味から子どもは国の宝とされましたが、そのような社会的背景のなかで、妊産婦の死亡を減らすために妊産婦手帳制度（1942）が設けられました。保健所も、結核対策と並んで、妊産婦と乳幼児を対象とした保健指導が最初だったようです。（保健所法、1937）

戦後は、それまでの、病気や難産、妊娠中毒症などの予防だけではなく、母子の健康増進までを含めた考え方へ発展し、それが背景となって「児童福祉法（1947）」から独立して、「母子保健法（1965）」が公布されるに至ったわけです。

横井　日本のように、母子を一体とした「母子保健法」を単独に法律としてもつ国は、先進国のなかでもユニークだそうですね。

平山　臨床の場では、医学や保健が福祉的考え方からスタートしているのは内外ともに同じではないでしょうか。日本の小児保健の歴史は浅いですが、ヨーロッパで古い歴史をもつ小児病院は最初は孤児院、いまで言う福祉施設からスタートしたということをものの本で読んだことがあります。英語では小児科のことをpediatricsと言いますが、イギリスではchild healthが使われています。小児保健ということばが小児科を表すことばとして使われているということは、小児医学の基礎に小児保健の考え方があったからだということを認識させられます。

横井　子どもの場合、特に出生後の成長過程が非常に大事で、その過程で何らかの障害があったり、栄養状態がわるかったりすると、結果として病気につながることがあります。そういう意味でも、保健という考え方がないと子どもが育たない、ともいえるのでしょうね。

さて、日本で「児童福祉法」の公布から「母子保健法」が公布されるまでの約20年間の乳児死亡率は高く、世界的にもまだまだ後進国並でした。当時の母子保健は「児童福祉法」に基づき、身体障害児の育成医療（1954）や未熟児医療（1958）、3歳児健康診査（1961）が行われていましたね。

平山　そのころは障害児対策と併せて、死亡率の非常に高い妊産婦、乳幼児に対する集中医療などを援助しようという発想がまずありました。当時はポリオ（小児マヒ）が大流行し、肢体不自由児施設にいる子どもたちといえば、ポリオか結核だった時代です。ポリオは1960年が最悪の年で、5千人以上の患者さんがでました。生ワクチンが導入されたのが翌年でした。

横井　また、当時は出生体重が1,500グラム以下の子どもは助かる確率が低いので、1,500グラムから2,500グラムまでの子どもたちが未熟児養育医療の対象だったようですね。しかも家庭に帰ってからも、下痢や肺炎で死亡してしまうケースが多くて、新生児や乳幼児の死亡率が高かった。そのようななかで、3

歳児健診が実施されるようになったわけですが、その目的は何だったのでしょうか。

平山　3歳というのは、集団に入っていく最初の年齢です。集団に適応できるかどうか、あるいは就学前に治しておくべき病気がないか、という意味で、3歳をひとつの節目とみたのだと思います。

乳児死亡率が世界最低を記録

横井　学校に入るまでのちょうど真ん中の3歳に健診をしていたのが「児童福祉法」の時代で、「母子保健法」の時代になると、いろいろな方面に拡充、拡大するようになっていきますね。

平山　その後、乳幼児精密健診制度（1969）ができ、さらに乳児の委託健診、1歳6ヵ月児健診（1977）が加わりました。病気の早期発見、早期治療の考え方から、乳幼児健診の回数をふやすことによって、その整備が図られたのです。

横井　1971年に厚生省の予算で心身障害研究という特別な研究制度が始まりましたが、この制度はそれ以降の母子保健や健全育成を考えていくうえでの非常にすばらしい方向付けとなったと思いますが……。

平山　これは先天性代謝異常の病気を含め、その発生予防のために何をすればいいかを研究するためにできた制度といえます。一例をあげれば、新生児に対するマス・スクリーニングで、フェニールケトン尿症などを早期発見できるようになりましたが、病気の治療よりも早期発見、予防にお金をつかうほうが得だという発想、コスト・ベネフィットあるいはコスト・エフェクティブネスが予算獲得のためにも利用されるようになってきました。いまではこのような考え方は当たり前ですね。

横井　いまや、フェニールケトン尿症やクレチン症など、出生時には何の症状も見られない病気が出生数日後の血液検査でみつけられるようになりました。放置しておけば3ヵ月ぐらいで発症、1年ぐらいで寝たきりになる……、そういう子どもたちの病気が早期発見できるようになったのもこの研究制度のお陰です。それまでの研究は病気対策的でしたが、障害をなくすための将来に向けての研究ということで、研究の力の入れ方も方向も全く違う。しかも、それまでのように大学の研究者だけではなく、現場の臨床の先生たちも加わってプロジェクトを組みましたね。

平山　そうですね。厚生省がこのような研究体制をもった意味は大きいです。他の例としては、1歳6ヵ月児健診やB型肝炎母子感染防止事業なども、この研究の成果のなかから生まれました。

横井　このころから、ほかの先進国にない、広範なサービスがふえていきますね。

表1．年次別にみる主な母子保健施策

「厚生指標：国民衛生の動向1994年」

1916	保健衛生調査会設置
1934	恩賜財団母子愛育会設立、愛育班活動
1937	保健所における妊産婦と乳幼児の保健指導実施（保健所法） 母子保護法
1938	社会事業法
1940	乳幼児の健康診査や保健指導の全国実施（国民体力法）
1942	妊産婦手帳制度の創設
1947	厚生省に児童局新設、児童局に企画課・養護課・母子衛生課を置く 児童福祉法公布
1948	妊産婦・乳幼児の保健指導、母子衛生対策要綱
1951	身体障害児の療育指導
1954	育成医療
1958	未熟児養育医療と保健指導、母子健康センターの設置
1961	新生児訪問指導、3歳児健康診査
1964	妊娠中毒症医療援助と保健指導、児童局から児童家庭局と改める
1965	母子保健法公布、母子栄養強化対策
1968	母子保健推進員制度、先天性内臓障害を育成医療の対象に拡大、妊産婦糖尿病医療援助と保健指導、先天性代謝異常医療援助
1969	妊産婦健康診査の公費負担制度、乳幼児の精密健康診査制度
1970	妊婦・乳幼児健康診査の拡充、母子保健推進会議（民間団体）の設置
1971	心身障害の発生予防に関する総合的研究、小児がん治療研究（医療費の公費負担）、母子保健体操の普及指導

平山　親の経済的負担が大きい小児慢性特定疾患の医療費の公費負担（1974）も実現しました。神経芽細胞腫のマス・スクリーニング（1984）もまだ外国では行われておりません。すでにこれによって何千人という子どもが助かっています。最近は少子化が問題となり、育児を社会的に支援しようという時代になってきました。それを受けて、乳幼児の医療費の負担を都道府県単位でみる動きも出てきています。

横井　行政のサービスが大変きめの細かいものになってきているということですね。

平山　その結果が乳児死亡率の低下です。戦後すぐの1947年の乳児死亡率は76.7でしたが、1992年には4.5と、世界で一番低くなっているのです。

なぜ、乳児死亡率が世界最低？

横井　平山先生がおっしゃるように、日本の乳児死亡率は1960年代にアメリカやイギリスより低くなり、1975年以降10を切る充実期に入っています。なぜ日本が、戦後わずか45年ぐらいの短期間で乳児死亡率を世界一になるまでに下げられたのでしょうか。しかも、限られた資源のなかで……。

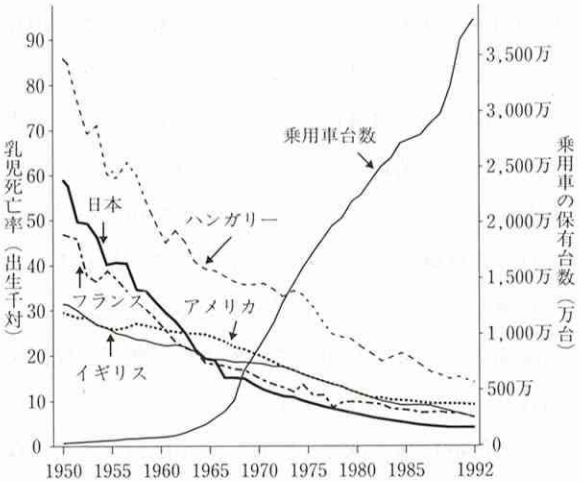
平山　まずあげられるのは、国民全部が文字が読める、教育レベルが高いということです。教育レベルが高いということは、学校での健康教育がきちんと行われているということです。日本の小学生に、給食の前になぜ手を洗うの？と聞いても、どこの地域の子どもでもその理由を知っています。しかし、発展途上国では、看護婦の助手をしてくれるような人たちでさえ、消毒という概念がない。消毒した注射器を平気でそこらに置いてしまう。だから、日本から行った保健婦さんたちが、手伝ってくれる人たちに理解してもらうのに手間がかかる。日本だったら、幼稚園の子どもでも知っているような病気の原因を知らない大人がいるのです。

次に医療技術の進歩。医療レベルにおいても、保健サービスの面でも地域差がない。都道府県別の人口当たりの病院数、つまりベッド数、医者の数はほとんど差がありません。しかも比較的安く医療が受けられます。これは国民皆保険のお陰です。それから日本の国土面積があまり大きくない、ということも影響しているでしょう。さらに言えるのは道路事情がよくなったこともあげられます。以前の無医地区では診療所の確保に相当な努力が払われましたが、いまは患者さんを車で設備のいい病院に連れてきたほうがいい治療ができる。自家用車の保有率や道路の舗装率の上昇と乳幼児の死亡率の低下がクロスしているのですよ。

横井　新生児集中治療施設が人口100万から200万人

1972	慢性腎炎・ネフローゼ及び小児ぜんそくの公費負担、育成医療に後天性心疾患及び腎不全の取り入れ、ＰＣＢ・農薬による母乳汚染疫学調査研究
1973	乳児健康診査の公費負担制度、妊婦・乳児の健康診査の所得制限撤廃、母子保健地域組織育成
1974	小児慢性特定疾患治療研究事業（公費負担制度）
1975	母子保健・健全育成住民会議
1977	１歳６ヵ月児健康診査、先天性代謝異常のマス・スクリーニングの実施、家族計画特別相談（遺伝相談）事業への助成、母子保健指導事業の創設と市町村母子保健指導事業のメニュー化
1979	総合母子保健センター整備、新生児に対するクレチン症マス・スクリーニング、妊婦健康診査内容の充実
1980	母子の緊急医療の充実、先天性代謝異常症に対する特殊ミルク共同安全開発事業
1984	神経芽細胞腫マス・スクリーニング、健全母性育成事業、周産期医療施設整備事業
1985	Ｂ型肝炎母子感染防止事業
1987	１歳６ヵ月児精密健康診査
1988	先天性代謝異常マス・スクリーニングの拡充（先天性副腎過形成症）
1989	思春期クリニック事業
1990	３歳児健康診査視聴覚検査導入、小児肥満予防教室、思春期教室、地域母子保健特別モデル事業
1991	思春期における保健・福祉体験学習事業、乳幼児健全発達支援相談指導事業、周産期救急システムの整備充実（ドクターカーの整備）
1992	出産前小児保健指導（プレネイタル・ビジット）事業、病児デイケアパイロット事業
1994	病後児デイサービスモデル事業、共働き家庭子育て休日相談等支援事業、海外在留邦人に対する母子保健情報の提供事業

図1．乳児死亡率（国際比較）と乗用車の保有台数の年次推移



乳児死亡率：「厚生指標：国民衛生の動向1994年」
（注）イギリスの1981、1982年の乳児死亡率は北アイルランドを除く。
（資料）WHO「World Health Statistics Annual」
乗用車の保有台数：日本自動車工業会資料による。

単位で整備されてきて、1級国道だけではなく、高速道路を軸にインターチェンジに近いところに整備されるようになってきていますね。

平山　さらに、日本には母子健康手帳がありますが、保健サービスがこれを軸に動いてきたという点は特筆すべきです。日本のお母さんがたのように、母子健康手帳を使いこなしている国はほかにありません。

居住地の市区町村役場に妊娠届を出すと、母子健康手帳が交付され、公費負担で少なくとも2回の健診が受けられる妊婦健診票がもらえます。病院では母子健康手帳に母子の健康状態を必ず書き込みますから、その後の健康管理が自動的に行われることになります。出産後は、出生届を出すことによって、乳幼児の健診も予防接種も通知がきて、無料で受けられます。外国には妊娠届の制度がほとんどありません。アメリカでもこのシステムを取り入れようとしています。立派なパンフレットもつくっていますが、日本のように手軽なポケットサイズで、しかも中身が充実していて、お母さんが理解しやすいもの、というのはないと思います。

横井　日本で乳児死亡率が下がった理由として教育のレベルの高さ、基本的な衛生思想の普及、医療の均質化があげられましたが、そのほかにはどのようなことがあげられますか。

平山　出産後、お母さんが1週間入院するのは日本だけで、アメリカなどは1日か2日で退院してしまいますが、これも日本で早期新生児、つまり生まれて7日目までの子どもの死亡率が目立って低い理由のひとつだと思います。

横井　赤ちゃんがこの世の中で生きていけるかどうかの最初のハードルが最初の1週間ですから、その間、病院にいるのは大変有利なわけです。また、日本では保健所など特定の場に保健婦や医師、栄養士、心理の先生など専門家がいて、ある一定レベルの相談、指導がされます。そのうえ、お母さんたちも約束の日に来る。これは日本だからでしょうか。

平山　日本では当たり前になっていますが、乳児健診の受診率が8から9割というのは、外国からみたらかなり高いものです。同じことを発展途上国でどれだけやれるか。アメリカでは、医療は個人負担ですから、このようなサービスはなかなか行われませんし、難民や不法入国者は地域の保健サービスから漏れてしまいます。サンディエゴに行ったことがありますが、メキシコとの国境で、メキシコ人の出入りが多い。さらに不法入国者も多い。ですから、アメリカの病院で出産しても、その後が全く把握できない。保健サービスを充実させようとしても、このように対象が把握できないという現実があります。そして貧富の差も大きい。これらがアメリカで乳児死亡率をなかなか下げられない理由でしょう。

出産後1週間の入院、保健サービス事業、内容の充実した母子健康手帳はアメリカも感心しています。その他に、日本での出産費用は外国に比べ安いと思います。もし、払えない場合は公費で賄う制度もあ

りますし、未熟児の高額な医療費を公費でみるシステムもあります。これも大きいと思います。

横井　しかし、乳児死亡率が低くなっている一方で、日本の妊産婦死亡率はアメリカやヨーロッパに比べてまだ高いのですが、その数値がなかなか下がらないのはなぜでしょうか。

平山　妊産婦死亡の実数はすいぶん減っているのですが、分娩時の大出血などのアクシデントに対応できない場合がまだあるということでしょう。そうだとすれば周産期センターのような施設があれば、その数値を下げることはできるはずです。今日、20回に及ぶ妊産婦健診と、さらに妊娠中毒症や重いお産の管理が進歩していますが、これからは、重いお産になりそうな方は周産期センターに来てもらい、生まれた赤ちゃんの手当てもすぐできる、そういう方面にさらに力が入れられていくでしょう。

日本が海外でできる母子保健サービスは？

横井　日本で乳児死亡率が下がった背景をお聞きしましたが、乳児死亡率の高いアジア、アフリカで日本が何をしたらいいのか、そのあたりに解答があるのではないかと思いますが……。

平山　さきほど教育レベルの高さをあげましたが、発展途上国で、ことに女性の識字率が50％を割っている国はまだまだあります。文字が読めなくては、母子健康手帳やいろいろなパンフレットは使えません。ですから、発展途上国で日本がどのような援助をすれば乳幼児の死亡率を下げることができるかというと、基本的にはお母さんたちの識字率を上げる教育レベルのアップと、健康教育の充実です。それから社会、家庭における女性の地位の向上がないと、お母さんが育児に力を注げません。乳児死亡率が高い地域では子どもの数を余裕をみてたくさん産んでおくという、まあ、生活の知恵というか、それがいまだに根強く残っているのが現状です。

横井　そのような地域では家族計画を、といっても無理ですね。

平山　発展途上国で家族計画が、実際には産児制限という形で、進めようとされていますが、子どもが死なないですむような母子保健のレベルアップをまず進める。そして子どもの数はほどほどのほうが教育もできるし、経済的にも楽だし……、ということに気づいて、結果的に家族計画が進んでいくという図式が、家族計画に対する日本の国際的協力の基本的考え方になっています。

しかし、これは一朝一夕にはできません。とりあえず、地域のなかのボランティア組織、あるいは隣組のような互助組織をうまく活用してお母さんたちに必要な知識をもってもらう。わが国では愛育班活動ですね。それから日本の母子健康手帳より簡単なものでいいですから、その土地のお母さんたちが理解できるような、例えば字が読めない人が多い場合には、イラストや漫画などをつかったものをつくり、それをもつことによるメリットをお母さんたちに理解してもらう。つまり、手帳をもつことによって、予防接種や診察を無料で受けられるということです。また、お産が重そうだったら、病院で出産するという意識づけ、妊婦の健康管理をどうやるかも大切です。

例えば、メキシコは中進国で医療レベルはいいのですが、農村部ではまだ８割以上が無資格の助産婦というか、いわゆるお産婆さんです。ですから、当然新生児の破傷風や産じょく熱が多い。しかし、この人たちの存在を無視するわけにはいきません。その人たちに衛生知識を再教育してあげることが大事です。

横井　資格の有る人を求めるのではなく、無資格の人を教育して、あるレベルまで引き上げるということですね。

平山　一子相伝といいますか、お産の取り上げ方は知っているけれども、そのとき使う道具の消毒の知識がない。講習を受けたら助産婦セットや消毒器をあげますよ、ということは現在行われていますが、このような地道な活動が役立つのだと思います。

横井　以前は先進国の援助で大きな病院を建設するのがはやりましたが、病院を建設しても、その運営費やスタッフの確保、地域の人が来てくれるか、などの問題があり、いまは反省期に入っています。だから、予防接種のようなものが有効ですね。

平山　以前の日本のように、感染症で命を落とす子どもたちが多い発展途上国で、最新の医療設備をもつ立派な病院を建設して心臓病の患者を一人助けるよりも、予防接種で子どもを一度に10人助けたほうがよほど意味があると思うことがありますよ。

今年9月にエジプトで開催された国際人口開発会議では宗教的にむずかしい問題もありましたが、人口問題を考える場合、発展途上国の女性の教育のレベルアップと社会あるいは家庭のなかでの女性の地位の向上を図らなければ、問題は解決しないという考え方が表面化してきたように思います。母子保健の立場からいえば、人口問題も望ましい方向に向かいつつあるのかな、と私は理解しています。

母子保健サービスも地方の時代へ

横井　さて、改正された「母子保健法」が実施されると、地域のサービスが変わるのではないか、という声が聞かれます。その改正点、そして日本の母子保健が今後どうなっていくのかをお聞かせください。

平山　保健所のあり方を規定している「保健所法」の名称が平成6年7月から「地域保健法」となり、内容も大幅に改正されましたが、それに連動して「母子保健法」も改正されました。この「地域保健法」は、これまで国あるいは都道府県が中心になって行っていた保健サービスのなかで、人に対するサービス、対人保健サービスといいますが、それを市町村が実施することにしたのが大きな改正点です。母子保健についても、それにならうことになります。

これは行政改革や行政の地方分権化の流れによるものです。母子保健サービスについていえば、これまで乳幼児健診の実施主体が、その時期によって市町村、医師会、保健所と、バラバラでした。これでは先に実施した健診結果が次に生かされていかない。妊産婦と子どもの健康問題を一貫してフォローしていけるシステムにしたい。それには住民に身近な市町村にみてもらうのがいい、ということになったのです。これからは乳幼児、妊産婦の健診などのサービスは市町村がやることになります。

横井　では、都道府県の行政機関である保健所は何をすることになりますか。

平山　保健所は、人口約30万人、平均的にいうと市が2つ、町村が5、6ヵ所くらいの地域をカバーできるように都道府県が整備します。そして、保健所は、実施内容がバラバラにならないように、市町村間の連絡調整をし、十分なサービスができない市町村を応援する。健診など一般的なことは市町村で行い、特別に技術的な面の強いもの、あるいは頻度の少ない病気は保健所が担当する。例えば、出産後の新生児訪問は市町村で行いますが、未熟児は養育医療の手続きもあるため、未熟児訪問は保健所が市町村と相談しながらやる。小児特定疾患、いわゆる子どもの難病関係、障害をもつ子どもの指導・医療、エイズもかなり技術的なものですから、保健所。精神保健もプライバシーにかかわったり、かなりむずかしいケースがあるため、保健所が市町村と連絡を

とってやる。さらに、市町村の保健にかかわる人たちの研修もやります。このように、都道府県と市町村の役割の分担を明確にするのが今回の目玉のひとつです。

2つ目は、福祉分野と連携してやることが市町村の義務として明記されたことです。すでに1989年の「福祉関係八法」の改正によって福祉事業の実施主体が市町村に移管されたこと、さらに福祉の概念が、これまではある特定の子どもたちを対象にサービスしていたものが、すべての子どもたちを対象とするようになりつつある、という変化によります。

3つ目は、これまで入学すると子どもの保健、健康管理は文部省の管轄下にある「学校保健法(1958)」に基づき行われていましたが、この学校保健とも連携して実施することが明文化されました。

4つ目は、都道府県に対する義務づけとして、母子に関する高度医療の施設を各都道府県、自治体が整備することも記載されていることです。これまでに述べてきたような母子保健サービスを裏付けるのは高度医療です。ですから、まだ子ども病院や周産期センターのない都道府県があったら、つくってほしいということです。

横井　地域のやることがかなり多くなりますね。地域の経済的な問題もあるでしょうし、医師会の機動力の問題もでてくるでしょう。保健所には医師が常駐していますが、市町村には医師はいませんよね。

平山　保健サービスをする場所が必要になりますので、市町村は平成9年度までに市町村保健センターをつくることが「地域保健法」で義務づけられています。おっしゃるように、医師、特に小児科医の不足している地域は確かにあります。予防接種を個別接種ですることになっても、応じ切れない地域はまだまだ多いわけです。

横井　予防接種をするにしても、地域の小児科に行くことになれば、注射だけではなく、その他の話も聞いてもらえる。それだけに予防接種の安全率も高くなるでしょう。これは保健サービスの実施主体を地域にもってきたときのメリットだと思いますが、小児科医の数は地域保健のなかではわずかです。医師も高齢化してきているので、地域の小児科医だけでは対応しきれないのではないか。そうなると、公的病院の小児科医にも加わってもらわなくてはならなくなると、思いますが……。

平山　そのような地域では、少なくとも公的病院には、病院での診療以外に地域のサービスをすることまでを考慮にいれて医師を配置してほしいというのが、私の願いです。収支計算だけで小児科医の定員を決められたのでは医師も困りますし、地域も困りますから。

母子保健のこれから

横井　さて、母子保健サービスが整備され乳児死亡率は下がりましたが、子どもの数が少なくなって、子どもの健全育成が懸念されています。厚生省が中心となって、核家族化や都市化、働く女性の増大などを背景に、これからの子育てを支援するエンゼルプランが策定されています。そのなかには、育児不安をもつお母さんがたが安心して育児ができるような支援と、仕事と育児の両立という面からの育児支援があげられています。福祉面からいえば、保育所のあり方とも関係あるでしょうし、育児休業制度をどのように活用するかという問題もあります。母子保健にかかわるものとしては、さきほど平山先生がおっしゃった周産期・新生児の医療体制など、その整備、充実があげられています。これからは、家族

の生活の多様化に応じ、育児支援も多様化が要求されてくるでしょう。

一例ですが、お産にしても個性を求めるようになってきています。一般医療の場では、例えば食事や部屋の個室など、生活面での多様化には応じています。母子保健サービスにおいても、出産やその後の育児支援のサービスをお母さんたちがある程度自己負担することによって、個性的なものを得る、という時代に入ってくるのでしょうか。

平山　ある程度自己負担をしてでも、親が入れたいと思う保育所に子どもを入れる、そのような動きがすでにありますね。多様化に対応するには、ニーズにいかに応えるかの工夫が大事です。それと費用面での受益者負担の考え方を取り入れないと、行政が対応しきれなくなってきているのも確かです。

これまで母子保健の対象となる母親とは、妊娠してから子育てをしている女性というイメージが強かったのですが、WHOが女性のライフサイクル全部をひっくるめて母親を定義しており、さらに、思春期から始まって更年期にいたるまでの、女性としての独特な健康問題を対象とする女性医学を確立すべきだ、という考え方がでてきていることも考えると、これからはこのような考え方も反映していかなくてはならないかもしれません。

横井　さきほどカイロの人口会議の話がでましたが、その会議で採択された「行動計画」のキーワードとなったリプロダクティブ・ヘルスの理念にのっとった制度の見直しなどもでてくるでしょうね。

では最後に、児童福祉施設とのかかわりについてはいかがでしょうか。

平山　児童虐待は日本でもこれからまだまだ増えるだろうといわれています。もし、親が虐待を続ける場合、親から子どもを離さなくてはならなくなるでしょう。駒沢大学の高橋重宏教授は、子どもの駆け込み寺的な場所が必要だと言っています。その場合、いまの日本では親権が問題になるでしょうが、市町村ごとにそういう機能をもった場所がほしいですね。その場所は市町村保健センターかもしれません。また、東京都児童福祉審議会には、子ども家庭支援センターを各市町村に設けようという発想があります。保健と福祉が競合して、それぞれのサービスが重複して無駄になることのないよう、母子の健康とよりよい生活のためにいっしょになってうまく機能していってほしいと思います。

そうなれば、児童福祉施設とのかかわりも生じてくるでしょう。そういうとき、児童福祉施設が単に施設内の子どもたちだけではなく、地域に開かれた施設となって、地域の子どもたちや親たちの悩みに対する相談相手になってほしいですね。特に専門性を生かして……。

横井　エンゼルプランにも、相談支援体制の充実があげられています。地域にかかわる保健と福祉の境目がなくなってきているということですね。日本の乳児死亡率は世界でも最低の数値を保っていますが、「母子保健法」の改正によって、その保健サービスを地域に身近な市町村が行えるようになれば、母子にかかわる一貫したサービスが提供できるようになるでしょう。社会がより複雑になっていくなかで、子どもたちが健やかに成長できるように社会システムが変わっていくことが望まれます。本日はありがとうございました。　(1994年12月13日実施)

・編集注：参考のために（　）内に実施年を記載しました。

特集

母子保健のいま・これから

母子保健法改正される

厚生省児童家庭局母子保健課　課長補佐　清水美登里（しみずみどり）

1. 地域保健対策のあり方の見直しと母子保健法の改正

わが国における地域保健を取り巻く状況は、急速な人口の高齢化や出生率の低下、慢性疾患の増加等による疾病構造の変化、より豊かな生活を求める国民ニーズの高度化や多様化、食品の安全性、廃棄物等の生活環境問題に対する国民意識の高まり等により著しく変化している。こうした状況の変化に的確に対応するため、戦後直後に構築された地域保健対策について、その枠組みを抜本的に見直し、その総合的な推進、強化を図るために議論が重ねられた。

平成５年１月の公衆衛生審議会総合部会の議論をもとに、同部会の下に地域保健基本問題研究会が設置され、ここでの12回の検討の成果を報告書にとりまとめ、同年７月同部会に報告した。それを受けて、同部会から厚生大臣に意見具申がなされた。この主旨は、①生活者の立場の重視、②身近な保健サービスは市町村へ移譲、③保健・医療・福祉の連携、④保健所については、新たな位置づけをし、機能を強化、⑤地域保健を支えるマンパワーの確保・充実を重視、⑥家族に当たっては、十分な準備期間を確保、である。

これらの提案を受け、「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律（地域保健法）案」が平成６年３月22日に閣議決定し、国会に提出された。この法律案では、現行の「保健所法」を抜本的に見直し、その名称を「地域保健法」に改め、地域保健対策の推進体制の強化を図るための基本的な枠組みや方向を定めるとともに、「母子保健法」をはじめ地域保健にかかわる個別の法律を改正し、事業の権限を都道府県から市町村や保健所政令市へ移譲を行うこととしていた。平成６年６月22日参議院本会議において、本法案は賛成多数で可決・成立し、同年７月１日に公布・施行となった。

2. 母子保健法の改正の内容について

このたびの「母子保健法」の改正の目的は、母子保健事業について、多様化する行政ニーズに対応し、住民に身近な市町村において、妊娠・出産から育児に至るまでと、乳幼児保健について一貫したサービスの提供を図ることである。現行の母子保健事業の全体については、図１の通りであるが、このたびの改正の中心は、３歳児健康診査等基本的な母子保健事業の実施権限を都道府県から市町村へ移譲することであるが、その他にもいくつかの改正点がある。次にその概要をまとめる。

（１）３歳児健康診査、新生児・妊産婦の訪問指導、乳幼児の保護者や妊産婦への保健指導等の実施主体を市町村とすること（第10条、11条、12条、13条、17条）

改正前の「母子保健法」では、事業の実施主体は基本的に都道府県、保健所政令市とされている（ただし、

母子健康手帳の交付は市町村)。改正により、平成9年4月1日から、3歳児健康診査等、前述した基本的な母子保健事業の実施主体を市町村へ一元化することとしている。ただし、専門性の高い未熟児の対策(出生時体重が2,500グラム未満の低体重児の届け出の受理、未熟児訪問指導、未熟児養育医療)については、引き続き都道府県等で行うこととしている。

（2）1歳6ヵ月児健康診査の法定化（第12条）

1歳6ヵ月児健康診査については、昭和52年度以来予算に基づき実施されているところであるが、今回の改正で、市町村は、3歳児健康診査等のほかに、満1歳6ヵ月を超え、満2歳に達しない幼児に対して健康診査を実施しなければならないこととなった。

（3）妊産婦の配偶者に対する保健指導の実施（第10条）

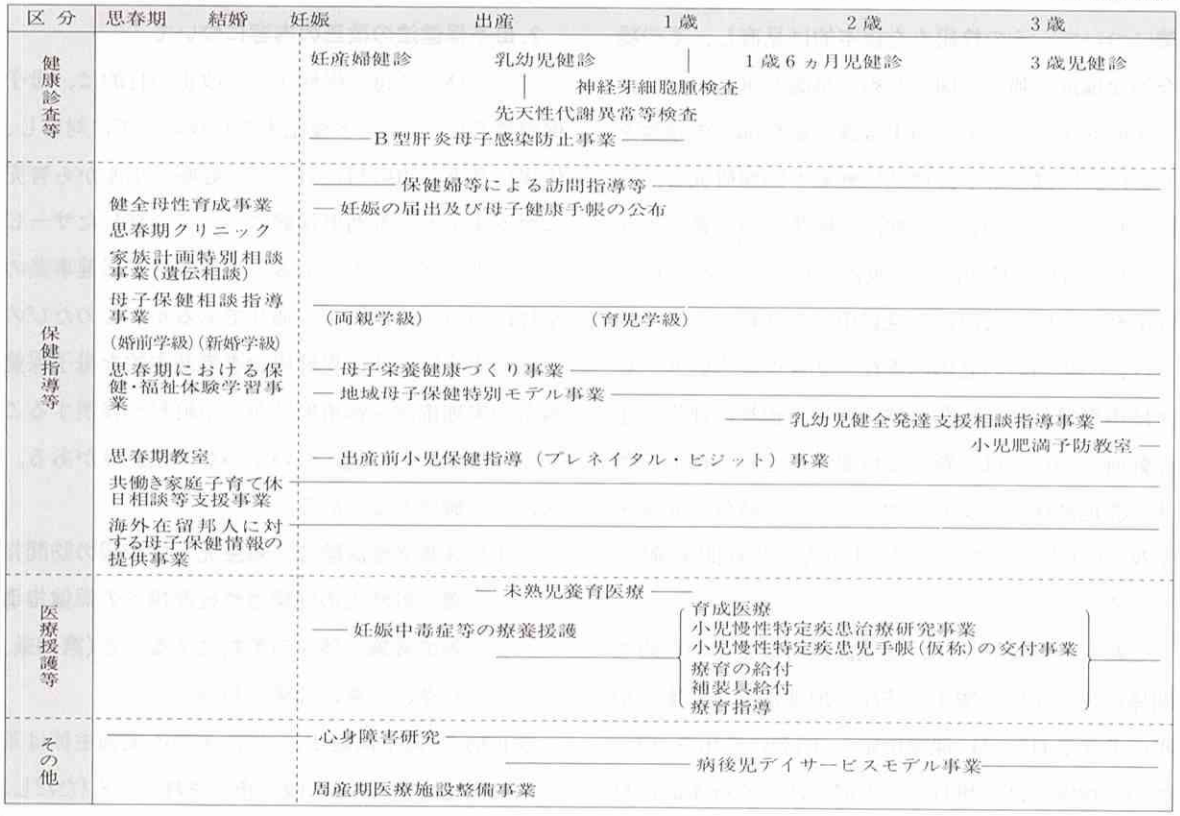
健康で安全な妊娠や出産をするためには、妊産婦の家族、特に配偶者の支援が重要であることや父親の育児参加の促進という観点から、妊娠、出産、育児に関する保健指導の対象に妊産婦の配偶者が加わった。

（4）国、地方公共団体の責務の規定の創設（第20条の2、20条の3としての追加）

母子の健康の保持増進を図るためには、分娩等にかかわる医療施設の整備が不可欠である。また、母子保健・医療の水準の向上のためには、調査研究の推進が不可欠である。このような母子保健の基盤整備のための国、地方公共団体の責務を新たに規定している。国及び地方公共団体は、妊産婦及び乳幼児の心身の特性に応じた高度な医療の提供に必要な医療施設（例えば、周産期集中治療管理室や小児専門病院等）の整備に努め、また、国においては、母性及び乳幼児の健康の保持増進のため必要な調査研究の推進に努めることとしている。

図1．母子保健対策の体系

（平成6年度）



（5）母子保健行政の実施体制についての規定の整備（第8条、8条の2、8条の3）

市町村を中心とした母子保健行政の実施体制を整備するために、次のような所要な規定の整備を行った。

①都道府県は、市町村相互間の連絡調整を行い、併せて市町村の求めに応じ、必要な技術的援助を行うこと。

これは、都道府県は母子保健行政の水準を現行通り確保するため連絡調整のほか、市町村の求めがあれば、必要と認められる範囲の技術的援助（都道府県の保健婦等による技術的援助や助言、保健所の設備の提供等）を行うという原則を示している。

②市町村は母子保健事業の一部について、病院、診療所、医師、助産婦等に委託できること。

健康診査や訪問指導等についての事業の委託の根拠となる規定の整備である。

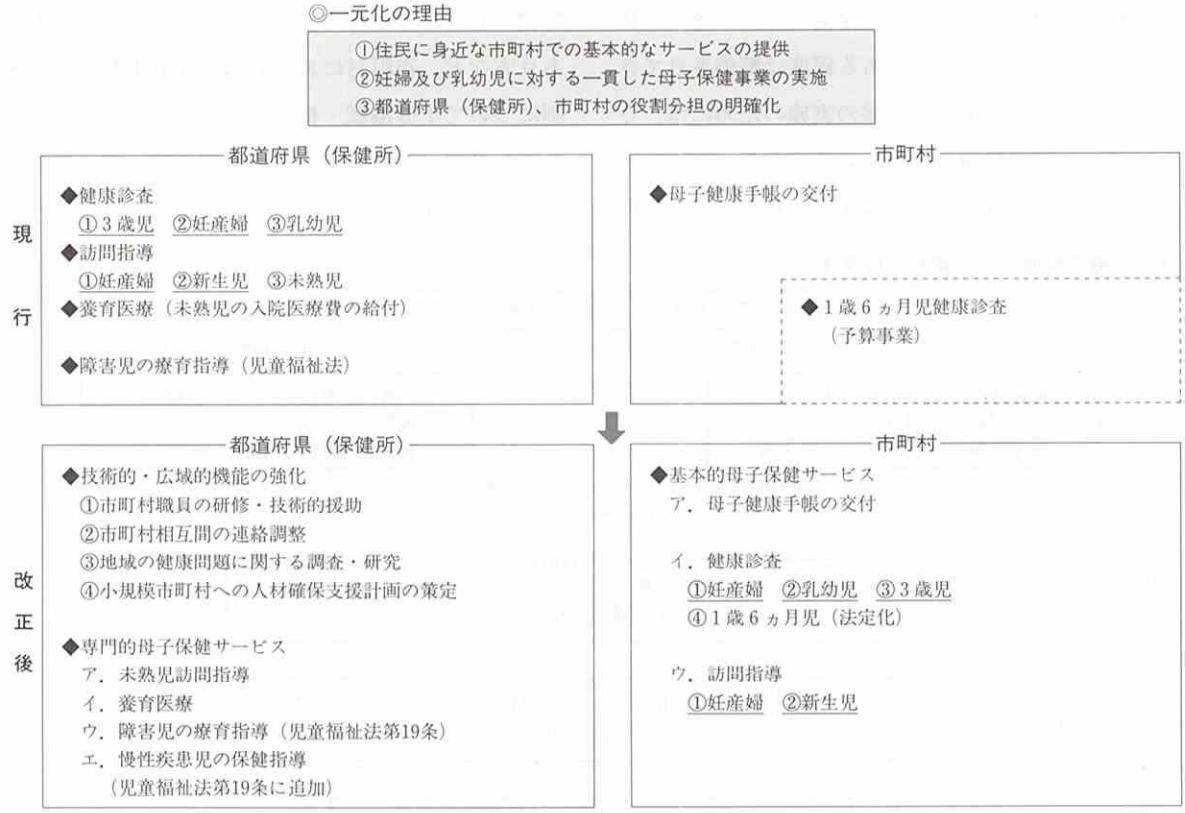
③都道府県及び市町村は、母子保健事業の実施に当たって、学校保健、児童福祉等との連携及び調和の確保に努めること。

幼稚園児を含む学童の保健については、学校保健で健康診査等を行っており、これとの連携及び調和の確保に努めるとともに、健康診査で障害が発見された場合など、障害児対策等の児童福祉との連携及び調和の確保に努めることを明示している。

（6）慢性疾患児に対する療育指導の実施（児童福祉法第18条の3、19条）

今回の「母子保健法」の改正に伴って、「児童福祉法」も一部改正された。都道府県や保健所政令市の保健所で、例えば先天性の疾患や慢性腎疾患等の疾病により長期にわたり療育を必要とする児童に対する療養の指導を行うことができることとなった。療

図2．母子保健事業の市町村への一元化



（注）下線は、実施主体が都道府県から市町村になる事業

育の指導とは、当該児童の福祉のために、医療及び養育について必要な助言、勧奨、指導を行うことであり、この目的は慢性の疾患を患っている児童やその可能性のある児童を早期に発見し、早期に医療等に関する適切な指導を行い、該当児の機能の回復を図ることである。

（7）施行時期について

（1）～（6）の改正事項のうち、（4）については、公布日（平成6年7月1日）の施行であるが、それ以外は準備のための十分な期間を確保するため、平成9年度（平成9年4月1日）施行である。

3.市町村への権限移譲に向けて

母子保健については、すでにほとんどの市町村で1歳6ヵ月児健康診査が実施されているなど、市町村に一定のノウハウが蓄積されてきている。また、市町村保健婦の配置や市町村保健センター等の関係施設の設置等実施基盤も、ある程度は整備されてきているが、円滑な権限の移譲の実施のためには、さらに強力に基盤整備を進める必要がある。すでに「地域保健法」の施行により、地域保健対策の推進に関する基本的な指針について、

①地域保健対策の推進の基本的な方向、

②市町村保健センター及び保健所の整備及び運営に関する基本的事項、

③地域保健対策に係わる人材の確保及び資質の向上並びに人材確保支援計画の策定に関する基本的事項、

④地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項、

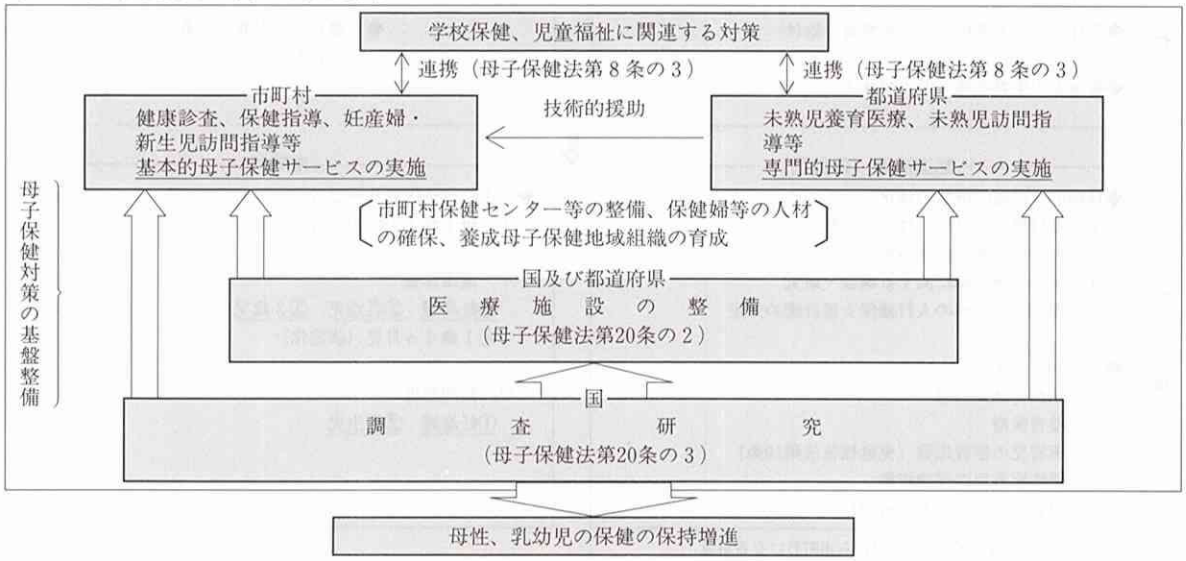
⑤社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項、

⑥その他地域保健対策の推進に関する重要事項、

が平成6年11月1日に示されたところである。

厚生省としては、今後、都道府県・市町村の意見を十分に聞きつつ、円滑な移譲の実施のため、きめ細かな配慮を行うこととしているが、都道府県、市町村においては地域の実情に応じ、保健所の協力のあり方など、市町村における母子保健事業の実施体制について十分協議・検討していただき、相互に力を合わせて、これからの母子保健に関して一層の充実を図ってまいりたいと考えている。

図3．母子保健行政の新たな推進体制



特集

母子保健のいま・これから

タイの母子保健活動

国立児童・家庭発達研究所　所長
マヒドル大学医学部ラマチボディ病院発達小児科　医長
Nittaya J. Kotchabhakdi

タイの女性と児童の生活向上を有効に進めるため、多くの母子保健活動が現行の第７次経済社会開発計画（1991～1996年）のもとで慎重に計画・実施されている。本稿では、タイの主な母子保健活動に関し、その背景を含め数例を取り上げて検証する。

背景

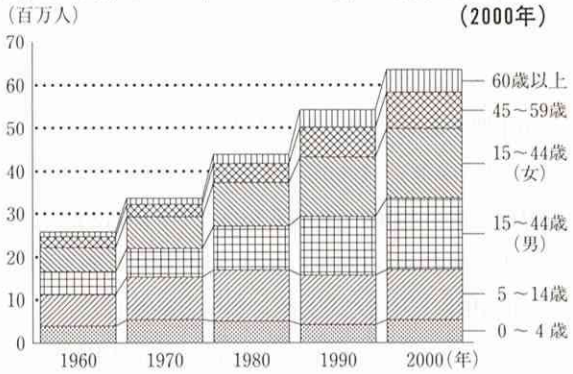
タイは過去30年間に農業経済から急速に工業化を進め、1987年から1992年の５年間に、一人当たりの国民総生産は893米ドルから1,870米ドルへと２倍になった。国内総生産の伸びは1988年の最高値13.2%から漸減しているものの、平均で1992年に示した7.5%程度を維持している。成長指向の経済政策は教育・保健施策にも反映し、社会的・経済的不平等という問題が残ってはいるが、社会福祉は顕著に向上してきた。こうした変化によって、タイの問題は発展途上国の女性や児童が直面する典型的な問題から、富の再分配・都市化・環境問題・エイズの急速な蔓延などといった問題へ、その質が変化してきた。

図１は1960年からの人口だが、1992年には総人口5,790万人、増加率1.2%と推定されている。ここで、５歳以下の児童数が1990年代を通して一定に保たれていることは注目すべきであろう。同時に15～45歳の成人層は増加していることから、経済的に成人労働人口に依存する児童・高齢者の割合は減少している。この傾向が生活を向上させるための国力を高め、もっとも傷つきやすい存在である女性と児童に対する母子保健、基礎保健、教育を重要視させる結果となった。

女性と家庭

女性の活動が特に顕著なのは健康管理、育児、高齢者のケアといった分野である。そうした分野では社会的格差や社会的緊張によって分断されることのないタイ社会の強靱さを見ることができる。タイの人々が、いまだに家族を精神的支えとしているからでもあろう。家庭内での女性の役割として特に重要なのは母親としての役割であり、母親の存在がその家庭の福祉状況を決定する重要要因となっている。母親として、あるいは一時的にしろ世帯主として女性が家庭にいることで、その家族は家族として存続し続けることができる。男性が留守であったり、あるいはいなくても、女性は世帯主となって家族をまとめ、家庭の崩壊や子どもへの心理的悪影響を防ぐのである。1988年のデータでは、女性が世帯主の家

図１．年齢別人口（1960～1990年）と年齢別推定人口（2000年）



庭は全世帯の26.5%だったが、現在ではその割合はさらに増加していると思われる。

タイの女性は、最近の急速な環境の変化にも驚くべき適応を示している。これまで女性は農作業には常に参加していたが、最近では家庭外に働きに出ることも多くなった。全労働人口の47%以上が女性で占められている。タイ政府は1992年に政府職員に90日間の有給（100%）育児休暇を法律で認めたが、最近その修正案を可決し、民間企業の雇用者にも同様の権利が認められることになった。これによって、女性は父親と共に子どもにとって温かく落ち着いた環境を整えることができる。育児休暇終了後再び家庭外の労働に従事する女性が多いため、子どもが放置されないためには安全で適切な保育所が必要となる。実のところ、女性が労働と育児を両立していけるための支援であれば、どんな支援であっても必要だといえるほどである。政府は1994年に幼児保育の新基準と保育者の教育基準を定めている。

母子保健活動

80年代当初から、タイは世界でも最高の経済成長率（1987年からＧＤＰの年間平均成長率は９～13%）を示している。母子福祉の顕著な改善はこの急激な経済成長に追随して見られた現象であり、最も重要な成功は実は母子保健活動に関連したものであった。

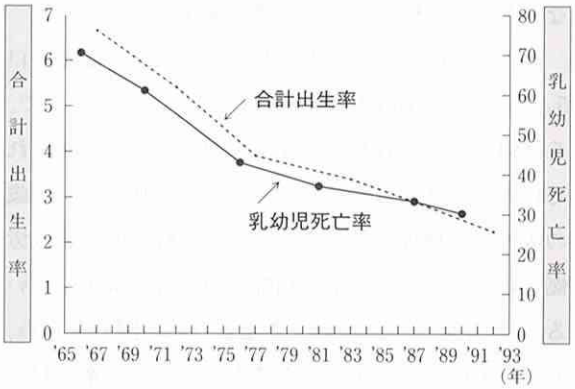
（１）乳幼児死亡率と出生率の激減を達成した家族計画と妊産婦サービス

タイは、1990年の「子どものための世界サミット」でグローバルな目標が定められる前にすでに、その目標の多くについてかなりの成果をあげていた。過去30年間で乳幼児死亡率と出生率は劇的に低下している（図２参照）。1960年と1990年を比較すると、乳幼児死亡率は約100（出生千人当たり）から35に、５歳以下児死亡率も120から45に、妊産婦死亡率もおよそ300（出生十万当たり）から20へと減少した。タイは、出生率の低下においても他の発展途上国のモデルとなっている。1960年から1990年の間に、年間の人口増加率は3.2%から1.3%に減少し、合計特殊出生率も1960年の6.6が1990年には2.5になっている。

1960年代にさまざまな要因から、夫婦が子どもの数を少なくすることを強く望むようになった。特に、女性が少子化に大きな役割を果たしている。タイの女性は以前から家計を管理して家庭運営の責任を担っており、家庭内ではその自主性が相当認められていたため、家族計画についても自分で決めることが比較的容易であったのである。1960年代になると、基礎教育や識字教育の水準が上がって新しい可能性への理解や評価が高められたが、それは特に女性において顕著だった。典型的家族は、子どもの数が少ないほうが親にとっても子どもにとっても、より良い生活ができると考えていたのである。子どもにかかわる消費パターンも変化し、親が自分の子どもにはできる限り最高の教育を受けさせたいと強く希望していたことがわかる。以上のような要因によって、少子化への希望が一般化したのである。

それら以外にも多くの要因が少子化を成功させている。家族計画プログラムは、すでに確立されていた村のインフォーマルな情報ネットワークや優秀な電波・活字メディアを有効に活用して広められた。さらに避妊具や技術的情報は、新設の基礎保健制度や比較的発達していた運輸・通信システムを介して広められていった。避妊具を任意で使用することが

図２．合計出生率と乳幼児死亡率（1965～1993年）



多くなるにつれ、出生率は目立って低下した。ただし、若い母親による出生率はいまだに不変である。

新生児死亡率も乳幼児死亡率同様低下し、両者の差もまた小さくなりつつある。この傾向は出産後の感染症罹患による死亡の減少という、タイの保健衛生面の充実を反映している。こうした改善はすぐれた基礎保健サービス、拡張された母子保健サービス、効果的な予防接種キャンペーン、下痢を伴う病気のコントロール、経口補液の普及、急激な出生数の減少といった多くの要因による。妊産婦ケアの改善、病院での出産の増加、女性の識字率の向上、子どもの栄養不良や低体重児の出産の減少なども寄与している。都市の死亡率は農村部よりも低くなっている。

タイでは現在、ほとんどの妊婦が出産前のケアを受けられるようになっており、通常最初の来所時に鉄分の不足を補う薬剤の配布やカウンセリングが行われる。最低3ヵ月間の鉄分補給が奨励されているが、4回以上来所する妊婦は65.9%にすぎないため、どのくらい目標が達成されているかは疑問である。鉄分補給剤の利用や鉄分の摂取量を増やすような食事の奨励のためには、メディアや保健関係職員による母親への効果的な働きかけが必要である。

（2）母乳哺育と早期の良好な親子関係の確立を促進する赤ちゃんにやさしい病院の推進

母乳は必要なすべての栄養分を含み、新生児の免疫性を高め、罹病率・死亡率を低下させ、子どもの発達を助けると共に、出産周期を広げるなど母親の健康にも良い影響を与える。さらに母乳哺育によって、母子の絆も強めることができる。従って、母乳哺育は望ましい子どもの健康・栄養・養育の必要条件といえよう。

以上のように、議論の余地のない利点があるため、母乳で育てられる機会は母子の権利として認められている。1990年代の一連の世界的宣言ではこうした権利を実行するように意図され、子どもの権利条約の条文中にも、母乳哺育に関する知識と援助を母親や家族に供給することが国の義務であると定められている。母乳哺育の世界的推進は、1990年の「母乳育児の保護、促進、そして支援に関するイノチェンティ宣言」において、32ヵ国の政府、10の国連機関によって支援されている。子どもサミットにおいても、すべての女性が自分の子どもを母乳で育てられる環境の整備が最優先であることを、その世界宣言や行動計画によって明らかにしている。

1987年のデータによると、93%の母親が1ヵ月間授乳し、85%が4ヵ月間母乳を与えていたが、母乳のみで育てたのはわずかに1～4%にすぎない。これは補助栄養を与えるのが早すぎ、このような行動の背景には、母乳だけでは不十分である、初乳は栄養的に劣っている、という授乳に対する価値観、考え方がある。さらに、口をすすぐのに生水を使う、脱水症状を防ぐためには水だけで充分であるといった誤った考え方もある。このような受け止め方に対しては保健教育が必要で、マヒドル大学栄養研究所と医学部ラマチボディ病院では、1983年に一連のビデオとラジオ番組を開発したが、その効果には期待が集まり、全国で使用されている。

1992年病院調査では、60%の新生児が母親のところに連れていかれる前に液体栄養を受けていた。入院中に授乳できた母親は70%にすぎず、母乳のみを与えていたのはそのうちのわずか4分の1であった。さらに、退院時には母親の62%が混合栄養で、38%が母乳のみで育てるつもりでいたが、4ヵ月後の実態は、労働条件のため母乳哺育ができていたのはこれより少なかった。育児休暇の実施については、社会的地位の低い工場労働者の場合などは、特に注意深く見守る必要があるだろう。

現在、妊産婦ケアを行う病院は、公立病院が778、私立病院が79、バンコク市庁による病院が7、さらに大学病院が7ある。バンコクやその他の都市では病院での出産率が90%を超え、中部・北部及び南部の一部でも90%、東北部では85%、最南端のイスラ

ム地域で60%となっている。

20の病院を調査した結果、75%の病院で新生児を新生児室に隔離している。80%の病院で母子同室をオプションとしていたが、それを義務づけていたのは3%にすぎない。65%の母親は出産後30分以内に授乳する機会を与えられなかったが、それは十分な休息が必要だという誤解のためでもあり、特に帝王切開の場合（いくつかの病院では帝王切開が非常に高率で行われていた）にそれが顕著だった。

母乳代替物の売買に関する最初の規約は、1982年に制定されたが、法律で裏付けられることはなく任意に行われていた。その監督はＦＤＡ(the Food and Drug Administration：食品医薬品局)に委ねられる一方、母乳代替物及び関連製品製造・販売者通商協会(the Trade Association of Manufacturers and Distributors of Breast Milk Substitutes and Related Products）が会員規約を設けて違反者を罰していたが、取締りは至難の技であった。そこで、新しい「停止」合意書が1991年にユニセフ、ＷＨＯ、調合乳製造者の間で交わされた。1992年の調査によると、53%の病院がいまだに調合乳を扱っており、さらに65%の病院ではそれを推奨する資料さえ掲示していた。保健衛生省は1993年6月より、すべての調合乳を病院に供給することを禁止している。

保健サービスの発展につれ、次第に病院で出産する母親が増えてきた。そこで、出産直後及び入院中に新生児に母乳のみを与えるように母親に援助協力して、母乳哺育の習慣を定着させることを目的に、ＷＨＯとユニセフの開発したモデルに基づいた「赤ちゃんにやさしい病院の推進（BFHI：the Baby Friendly Hospital Initiative)」を1991年9月に導入した。赤ちゃんにやさしい病院と認定されるためには、次の10段階を実行しなくてはならない。

①母乳哺育の方針を文書で明らかにする。
②すべての保健スタッフを方針に基づいて指導する。
③すべての妊婦に母乳哺育の利点・方法を知らせる。
④出産30分以内に母親が子どもに母乳を与えるよう援助する。
⑤母親に母乳哺育の最良の方法と母乳の出を保つ方法を示す。
⑥医者の指示のない限り、新生児に母乳以外の栄養や水分を与えない。
⑦常に母親と子どもが一緒にいられるよう母子同室を実施する。
⑧子どもがほしがるときは、いつでも母親が母乳を飲ませる。
⑨ゴムの乳首やおしゃぶりの類いは一切与えない。
⑩母乳哺育グループの結成を支援し、母親にグループを紹介する。

現在、公立病院はすべてこの認定を受ける方向に進んでおり、それが達成されると、タイの全病院の86%が赤ちゃんにやさしい病院となることになる。1992年に45の病院が、1993年に200、さらに1994年に300、1995年に238 の病院が認定される予定である。さらに、産婦人科サービスを提供する全機関で働く保健関係職員のため、総合的、縦断的、多層的な研修が考えられている。この研修には、県や地方の研修担当官や「全国評価担当官」も含まれている。相乗効果を考え、地方・県・郡・村レベルの保健担当ワーカーも研修される。保健管理者を対象とするために、母乳哺育と医療教育プログラムの統合も行われている。しかし、私立病院では育児室を閉鎖する

村の保健センターに集まった母親と子どもたち

ことによって減収になるという誤解から、この活動への関心はさほど高くない。

（3）子どもの発達検査・推進活動

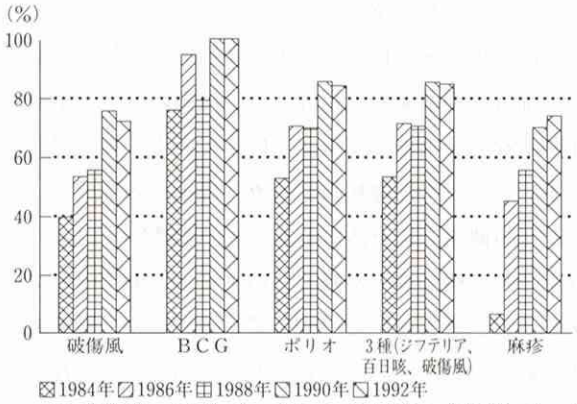
栄養不良の重要な徴候は機能不全による発育不良である。そこで、子どもたちの栄養状況を把握するための発達検査プログラムがある。このプログラムは、保健衛生省栄養局がユニセフの協力を得て運営している。定期的に子どもの体重を計測して年齢相応に発達しているかどうかを、タイ年齢別標準体重表とゴメス分類を使用して検査するのである。タイ年齢別標準体重表は、1975年に保健衛生省によって作成されたものであるが、国際標準の代わりにタイ独自の標準を使用するため、他国との比較が困難になったという一面もある。

発達検査は1977～1981年の第一次全国食料栄養計画(NFNP：the National Food and Nutrition Plan）から始まった。基礎保健サービスは第二次ＮＦＮＰ時に設定され、農村部の広い範囲で発達検査が行われるようになった。こうした活動は村の保健ボランティアや保健コミュニケーターによって行われ、母親に栄養教育をしたり、母親が子どもの栄養チェックをするための手段ともなっている。

タイにおける穀粉栄養障害の大幅な減少はよく知られているが、それは260万人の未就学児童を対象とした発達検査・推進プログラムによって明らかになった。全児童数に対する全栄養不良児数の割合は1982年の50.8%から1992年18.6%に減少し、中度、重度の栄養不良児の割合は同時期に15.1%から0.8%に減っている。しかし、東北部はタイの中でも常に最悪の栄養状態で、1990年には24.6%で、10%以下の東部や中央部と対照的である。農村部の栄養状況は季節的な食料状況を反映している。特に東北部は暑い乾期には食料がほとんどなくなるからである。保健衛生省によると、およそ95%の東北部の子どもたち、90%のタイの農村部全域の子どもたちが、現在、発達検査・推進プログラムの対象になっている。

図３．拡大予防接種計画による子どもの予防接種状況

（1984～1992年）



発達検査・推進プログラムは最善の全国的プログラムの一つではあるものの、その分析結果からいくつかの問題も指摘されている。第一に、誤った情報によって、実際には栄養不良なのにそう評価されていない子どもたちがいることである。第二に、発達障害の危険がもっとも高い年齢、すなわち４～18ヵ月の乳幼児がこのプログラムの対象から抜け落ちていることである。この年齢層の子どもたちは予防接種は受け終わっているし、しかも抱くには重すぎるため、母親がなかなか発達検査に連れて行きたがらないためである。さらに、貧しい母親は時間も限られているため、子どもを連れて行くことも少なくなる。第三に、県や郡レベルでは得られた情報が有効に使われていないことである。今後の課題は、国際的標準との比較が容易な新しい発達検査の標準を設定することである。それには、タイの現状に合わせて独自に設定されている年齢や発達能力の基準を、国際的な基準に合わせたものにする必要がある。

（4）総合的児童ケア・プログラムと家庭単位の統合的児童ケア・発達プロジェクト

1987～1993年の間、ＪＩＣＡ（国際協力事業団）とＲＥＤＤ　ＢＡＲＮＡ（ノルウェーの民間児童福祉団体Save the Children)の協力のもとに、保健衛生省保健局は有識者と共に５歳以下児の保健推進のための統合的アプローチを開発した。このプログラムでは、包括的な小児健康記録手帳やビデオ、フリ

ップ・チャート、ポスターなどを活用した研修マニュアルを作成し、草の根レベルの保健担当ワーカーが予防接種、発達検査・推進、幼児発達検査・推進、母乳哺育・補助栄養食指導、そして歯のケアと事故予防法などを実施できるようにしている。村の保健ボランティアや保健担当ワーカーの指導のもとに、親が母子健康記録を活用することが強調されている。9県での試験的導入を経て、いまでは72県すべてで実施され、全人口をカバーしている。現在、母子健康記録の改善に向けて、日・タイの協力が行われている。

図3に見られるように、過去10年間に予防接種の実施率は予防接種推進プログラムによって大幅に増加したが、これはタイが「すべての子どもに予防接種を」という目標達成に真剣に取り組んだ結果である。

総合的児童ケア・プログラムはさらに発展して、部門横断的な「統合的児童ケア・発達プロジェクト(IFBECCD：Integrated Family Based Early Childhood Care and Development Project)」に統合されて、以下の活動が加えられている。

①国、県、及び地域の児童発達委員会の組織化
②村レベルでの児童発達ボランティアの研修
③青少年及び義務教育以外の学習集団に対する家庭生活、生活技術の教育
④小学校5、6年生のための「児童から児童へ」プログラム
⑤結果を評価するための研究

ユニセフとChristian Children's Fundの援助のもと、6つの省と大学が共同して4年間にわたる努力を重ねている。昨年はアメリカのSave the Childrenが新たに加わって、ナコン・サワン県が3村で同プロジェクトの実施を援助した。昨年6月、内閣は同プロジェクトを承認し、5年間に全国の18歳以下の児童すべてをカバーすることを目標にその拡大を進めている。現在設立準備中の全国児童・家族発達研究所(the National Institute for Child and Family Development)が全国及び地域の児童・家族問題に関する研究開発、技術協力、人材開発・教育、及び学術情報ネットワークづくりを行う予定である。

おわりに

タイの母子保健活動は時間をかけて発展してきた。生活水準の向上や経済成長は顕著だが、公平・平等といった面では重大な問題が数多く残されている。これまでの成果を維持し、さらに発展させるには生産力増強と人材開発が不可欠である。1995年に10年計画の中間目標を達成するためには、複数の省庁によるサービスの統合・調整、社会開発のための資源配分、脱中央集権化と地域住民の参加を実現させなければならない。また「21世紀までに全員に保健と教育を」という目標を達成するためにも、これらはわれわれのこれからの重要な課題である。いままでに受けた日本の公的または民間団体からの研究・開発・サービスに対する財政援助はタイの母子保健活動の発展にとって重要な役割を果たし、特にアセアン保健開発研究所(the ASEAN Institute for Health Development)、マヒドル大学保健衛生学部、保健衛生省保健局及びタイのいくつかの民間団体を通して行われた援助にそれは顕著であった。そうした国際協力はタイの発展に大きく寄与すると共に、その実績が他の、特にアジアの国にとって役立つであろう。

(原文英語。翻訳：渋谷百合)

＊参考文献
(1) Grant J.P. The state of the World's Children 1995 UNICEF, New York: Oxford University Press, 1995.
(2) Royal Thai Government A Situation Analysis of Children and Women in Thailand June 1993.
(3) Division of Family Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Maternal and Child Health Plan 1992-1996.
(4) Division of Health Statisties, Bureau of Health Policy and Plan, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public Health Statisties 1992.
(5) Kotchabhakdi N.J. Outcome Evaluation, Integrated Family Based Early Childhood Care and Development Project 1994.
(6) Royal Thai Government, Thailand's Goals for Children Strategies and Plans for Achieving Health and Nutrition Goals by 1995. September 1993.

特集

母子保健のいま・これから

これからの施設保健

―児童福祉施設における小児保健

全国乳児福祉協議会調査研究委員長
東京都立母子保健院　小児科部長
帆足英一（ほあしえいいち）

1. 児童福祉施設の概略と課題

昭和22年に定められた児童福祉法による児童福祉施設には、児童厚生施設（児童館・児童遊園・児童センター）、助産施設(医療法による産婦人科を設置している病院･助産所)、母子寮の他、乳児院、養護施設、保育所、精神薄弱児施設・精神薄弱児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、虚弱児施設、自閉症児施設、情緒障害児短期治療施設、教護院がある。

これらの児童福祉施設は、国や都道府県、市町村並びに民間の社会福祉法人等が設置し運営しているが、その施設数並びに定員の推移を図1に示す。施設数は昭和50年代後半までは年々増加してきたが、その後現在までほぼ同数に推移している。一方、施設定員では、昭和55年の第2次ベビーブームを境として減少傾向をたどっている。

児童福祉施設の運営に関しては、各種別ごとに児童福祉施設最低基準（厚生省令）が定められており、児童福祉施設における子どもが健康で文化的な生活と、心身ともに健やかな発達を保障していくために、職員の構成、設備の基準、養育・処遇の原則等が定められている。

しかしながら、児童福祉法が制定されて約50年を経過しようとしている今日、児童養護にかかわる状況は大きく変化し、児童の権利擁護を一層重視しなければならない時代となっている。にもかかわらず、児童福祉法並びにその最低基準は、法制定当初の救貧対策の域を出ていないというのが実態といえよう。

児童福祉施設のうち、養護施設、虚弱児施設、情緒障害児短期治療施設においては、登校拒否や小児心身症等の共通した児童問題を抱え、専門的な処遇を必要とする措置児が増加している。一方、重症心身障害児施設、肢体不自由児施設、精神薄弱児施設においては、重複障害児の急増に伴って各種別の施設の特徴が不鮮明となっている。従って、従来の施設種別にこだわらずに、児童福祉施設の統廃合、再編問題を含め、今日の時代に合致した児童福祉法の全面的な改定が望まれよう。同時に、現行の最低基準を改定し、施設における処遇内容の向上とそのための専門的なマンパワーの導入等を図ることによって、施設処遇の大幅な改善と児童の権利擁護を図っていくことが必要とされている。

2. 施設保健とは

まず「施設保健」という用語についてであるが、母子保健、小児保健、精神保健、老人保健、地域保健といった用語はすでに定着しているが、家庭保健、保育保健やここで論ずる施設保健という用語は、最近になって使われだしたもので、まだなじみが少ない。

「施設保健」とは、児童福祉施設における保健を総称したものである。施設処遇を受けている児に対

する精神保健と小児保健を包括的に表現したものと理解してよい。また、施設保健は、家庭保健や母子保健、地域保健とも密接な関係があることにも留意する必要がある。

これまで、児童福祉施設における保健管理というと、健康管理や安全と事故防止に主眼が置かれてきた。その結果、施設処遇児の発育、栄養、疾病、事故等の面においては、著しい向上がみられている。しかし児の精神保健面においては一向に改善がみられず、処遇困難事例の増加等に伴って処遇環境が相対的に低下傾向にあるといっても過言でない。つまり、現行の児童福祉法最低基準等の制約のもとにあって、各種別の児童福祉施設において精神保健を重視していくことが極めて困難な状況にある。

子どもの権利条約が批准され、児童の権利を擁護することが第一義的に求められている今日において、児童福祉施設における「施設保健」を向上させていくための課題とは何かについて述べたい。

3.施設保健の今日的課題

（1）精神保健への配慮

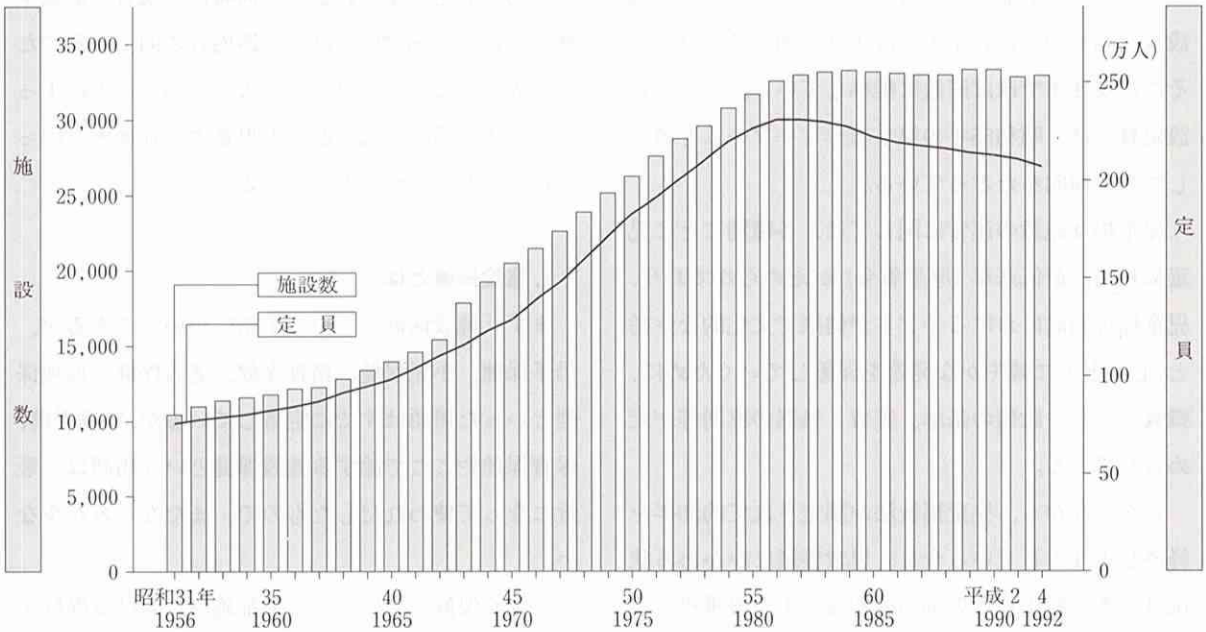
現代における施設保健の最大の課題は、精神保健への配慮と考えられる。精神保健の課題としては、入所した児の権利を擁護し、保障していくことに尽きる。具体的には、子どもの発達保障、それを実現していくための個別的対応、そして家庭復帰に向けた保健の重視ということが中心的な課題となろう。

①個別的対応と発達保障

現行の児童福祉法並びにその最低基準においては、基本的に児に対する発達保障の視点が欠如している。これは、戦後間もなくに制定された時代的背景、特にその救貧的な性格に負うところが大きい。

今日における施設保健においては、人格の形成途上にある児の発達を保障することが、まず第一の課題となろう。乳幼児期における特定の人との愛着関係を樹立していく援助、そしてそのもとでの自我や自主性を獲得していく過程を暖かく援助していくことが求められている。そのためには、児に対する個

図1．児童福祉施設数及び定員の推移



（注）1．昭和31年から47年は12月31日現在、昭和48年以降は10月1日現在である。
2．定員には、助産施設・母子寮を含まない。

資料：厚生省大臣官房統計情報部「社会福祉施設調査報告」

別的な対応を重視した処遇環境を整備していく必要がある。つまり、施設のハード面並びにマンパワーの両面において考慮する必要がある。マンパワーについては、スタッフの増員のみならず、後述する各種の専門職の導入問題や、スタッフ自らの専門性を向上していく努力が含まれる。

社会的問題ともなっている乳児院等における無国籍児の問題は、子どもの権利条約第７条の「子どもが国籍を得る権利」を剝奪するものとして、現行の対応について批判されなければならない。過日、この問題に関連した最高裁の判決があったとはいえ、現実には数多くの無国籍児童が放置されたままにある事実に注意を喚起したい。

また、乳児院においては、児童福祉法の規定により２歳になると養護施設等への措置変更が義務づけられている。受け持ちスタッフとの愛着関係が成立した段階での措置変更は、信頼できるスタッフとの分離を強制するものとなっている。子どもの権利条約第20条（家庭環境を奪われた子どもの養護）においては、養護に適した施設での措置と、その環境を継続的に保障していくことが求められている。２歳の段階での措置変更は、児の人格形成を阻害するものとして早急に改める必要があろう。

②早期の家庭復帰実現へ

家庭機能の崩壊や一時的な停止によって施設処遇を余儀なくされた児とその家族に対しては、早期の家庭復帰を実現できるように積極的かつ包括的な援助が求められている。

現状においては、児童福祉施設にはファミリー・ケースワーカー等の家族援助を担当する専門職は配置されていない。一方、児童相談所における担当の福祉司は、問題発生への対応に追われているのが現状である。このように、家庭復帰を早期に実現すべき援助は、極めて困難な状況にある。

今後は、各児童福祉施設にこれらの課題に対応可能な専門職を導入するとともに、地域、家庭、施設が一体となって早期の家庭復帰の実現に向けて、包括的な援助ができる体制を整備していく必要がある。

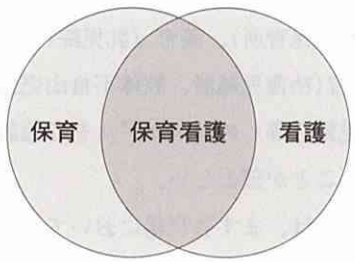
（２）専門的なマンパワーの増強

各種の児童福祉施設における児の処遇環境の改善、特に精神保健の向上のためには、まずもって保母や看護婦、指導員など既存のマンパワーの増強が不可欠となっている。加えて、家族問題や児自身の問題を含めて処遇困難な事例が増加している今日、ファミリー・ケースワーカーや心理職等の新たな専門職を導入することも緊急の課題となっている。

さらに、すでに在籍している保母をはじめとする各種の専門職については、その専門性の一層の向上が望まれている。

児童福祉施設に勤務する保母職、特に乳児保育に従事する保母や乳児院、虚弱児施設、あるいは肢体不自由児施設等の各種の障害児施設に勤務する保母には、従来の保母職と比較してより高度な専門性が要求されている。つまり、乳幼児の生理的、発達的特徴を正しく把握するとともに、各種の疾病や病状あるいは障害に対する理解と迅速な対応が求められている。そのためには、これらの児童福祉施設においては、「保育看護」という新しい専門領域を樹立し

図２．保育看護の専門性とは



課題：保育看護の領域をいかに拡大できるか

ていくことが大切となる。

「保育看護」とは、図2に示されるように、保母は保育の専門性に加えて乳幼児の生理や発達、各種の疾病や症状、あるいは障害に対する病理や養護、療育についての専門性を新たに具備すること、また児童福祉施設における看護婦は、看護としての専門性に加えて保育面での専門性を具備すること、そして保母・看護婦は相互の専門性を補完し合いつつ「保育看護」という新たな専門領域を現場に確立するということである。

児童福祉施設においては、児がありふれた感染症等に罹患した場合、医師の指示に基づき与薬を行っている。この与薬行為は、家庭の代換え機能として保護者から委託を受けた養育・療育行為に含まれるものであり、病院や診療所等の医療現場におけるものとは本質的に異なるものである。このことが十分に認識されないままに、保母職による与薬行為は望ましくないといった誤解もある。

児童福祉施設においては、保母や児童指導員等が医師の指示通りに病児に与薬することは何ら支障がない。しかしながら、与薬に当たっては専門職としてその内容、薬理効果等についての基礎知識に習熟しておく必要がある。「保育看護」の専門性の確立といったことには、このような内容も含まれている。

（3）マニュアルの作成

各種別の児童福祉施設においては、保健管理にかかわる保育（保育所）、養育（乳児院）、養護（養護施設）、療育（精薄児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設等）のマニュアルを各施設ごとに作成していくことが望ましい。

このためには、まず各現場において日常的に行っている保育・養育・養護・療育にかかわるすべての援助行動を文章化し、マニュアルの原案を作成することからスタートするのがよい。その際には、日常の援助行動から掛け離れた理想を文章化しないように留意する必要がある。同時に、個々の基準、手順について、発達的、生理的、療育的な意味づけを加えていくことも必要となる。大切なことは、その文章化の作業の過程でこれまでの業務に見落としがなかったか、誤った展開がなかったか、あるいはもっと意図的に援助すべきではないか等、児にかかわる全スタッフの問題意識を向上させるところに意味がある。

これらのマニュアルは、作成後も必要に応じて適宜見直しを行い、常にその時代に対応した実際的なものとしていく必要がある。また、このマニュアルの副次的な効用としては、実習生の指導や新任保育看護スタッフ等のオリエンテーションや教育にも役立てることが可能となる。

おわりに

以上、児童福祉施設における「施設保健」の問題と今後の課題について述べた。

急速に進行している少子化と高齢化社会の同時的な進行のなかにあって、社会福祉制度そのものが危機に瀕している今日、児童福祉問題がその本質を見失い、経済的効率性のなかに埋没しつつあるのではないかと不安に思うこのごろである。このようなときにこそ、子どもたちに代わって私たち専門職と保護者のかたがたが声を大にして子どもの権利擁護の重要性を社会に訴えていく必要があろう。

児童福祉法並びにその最低基準が、子どもの権利条約にうたわれている児童の権利擁護を基盤として、子どもたちの人格形成を保障するといった理念のもとに全面的に改定され、施設処遇児の精神保健をはじめとした「施設保健」が飛躍的に改善されることを切に期待しているところである。

特集

母子保健のいま・これから

進む母子感染対策

東京大学医学部附属病院分院
産婦人科　教授
川名（かわな）　尚（たかし）

妊婦に感染している病原微生物が、妊娠・分娩・授乳を通してその子（または児）に感染することを母子（児）感染と呼んでいる。母子感染は、次の世代に病原微生物を伝えることになるので、これを垂直感染と呼び、同一世代における水平感染と区別される。

母子感染は、上述のように生殖現象を通しての感染であり、例えば、母親の風邪が10歳の自分の子どもに移っても、これは母子感染とは呼ばない。

母子感染において移される側の児は、胎児であり、新生児や乳児であるが、これらの児は、免疫学的に未熟であるため、成長した子どもや成人に感染する場合とかなり違った影響がでてくる。例えば、成人にB型肝炎ウイルスが感染するとB型肝炎を発症するが、いずれ免疫ができてこのウイルスを排除して治癒に至る。しかし、胎児・新生児・乳児では、感染したB型肝炎ウイルスを排除することができず、結局このウイルスの保菌者（キャリアと呼ぶ）になってしまう。もし、このキャリアが女児の場合、再び妊娠することにより、さらに次の世代にこのウイルスを伝播することになる。

また、単純ヘルペスウイルスが子どもに感染した場合は、風邪様の症状で治ってしまうが、新生児では、しばしば全身感染に広がり、死の転帰をとることもある。

1. 母子感染の影響

母子感染による児への影響は、さまざまである。流産や早産、ときに死産となることがあるし、場合によっては、奇形児を発症したり、新生児期に重症な疾患を発症することもある。乳児期や小児期になって、その影響が現れることもある。そればかりでなく、成人になってから影響がでることもある。一方、感染しても何の影響もないこともある。このように、母子感染の影響は実にさまざまである。これらを規定する因子として、感染微生物の種類と妊娠のどの時期に感染するかがかかわってくる。逆に言うと、妊婦が感染症に罹患しても何の影響もないこともあるということである。

妊娠初期に風疹に感染すると先天異常児が発生することが判明して以来、妊娠中の感染症はなんでも異常児発生の原因となるのではないかと、妊婦やその家族が心配することが多いが、決して短絡的に考えてはならない。どのような感染症に妊娠のどの時期にかかった場合に、児が異常になりやすいのかをよく知っておくことが大切である。

2. 母子感染の経路と予防対策

母体に感染している病原微生物がその児に感染する経路には三つが知られている。胎内感染、産道感染、経母乳感染である。

●胎内感染：子宮の中にいる胎児に妊娠中に感染してしまう場合である。発達途中の非常に未熟な胎児であり、その影響は大きい。胎内感染には、経胎盤感染と上行性感染とが知られている。前者は、母体に感染している病原微生物が血中に入って、胎盤に運ばれ、ここで増殖するか、あるいは偶然に胎盤の傷から胎児に入る。この場合、大切なことは、病原微生物が血中に入る性質があるかないか、どのような感染時期に血中に入るのかを知っておくことである。さらに、胎盤には、防御機構が備わっているが、それを打ち破って病原微生物が増殖できるかどうかである。経胎盤感染では、一度胎児に入ると、臍帯静脈に入って、胎児の全身にばらまかれることになり、全身的な感染となり大きな影響となってくる。上行性感染とは、子宮頸管や腟に感染している病原微生物が子宮内に上行して胎児に感染する経路であるが、特に、胎児を包んでいる卵膜が破れている場合に起こりやすい。

胎内感染を診断することは、大変むずかしい。密室の中のできごとであり、小さい胎児がどんな症状なのかを判断しなければならないのであるから。しかし、最近になって、妊娠5ヵ月ごろになると羊水を採取したり、ときに胎児の血液を採取するという技術が開発されるようになって、少しずつ、このブラックボックスにも光が当たり始めている。

いずれにしても、診断もむずかしいし、いわんや治療はさらにむずかしいのであるから、現時点では、〝予防〟が最も大切である。

胎内感染によって異常を発生することが知られている病原微生物は多いが、そのなかでも大切なものは、表1に示した。なかでも、風疹は特に大切で、妊娠初期に罹患すると、高率に奇形児が発症する。パルボウイルスは、リンゴ病（伝染性紅斑）の原因であるが、妊娠中期に罹患すると胎児水腫となることが10%程度ある。トキソプラズマやサイトメガロウイルスの胎内感染により異常児が出生することがあり、重症の心身障害児となることが知られている。幸いに、本邦では、それほど頻度が高くない。梅毒は、古くから先天梅毒児の原因となることが知られ、妊婦は必ず梅毒血清反応を調べ、陽性ならば治療することになっている。

●産道感染：胎児が生まれるときに、産道に感染している病原微生物や産道内の出血のため母体血中にある病原微生物に感染してしまう場合である。B型肝炎ウイルスのキャリアの血中には、このウイルスが多量に流れているが、分娩時には必ず出血するので、このような血液に胎児が接触することになり感染してしまう。単純ヘルペスウイルスは、子宮頸管や外陰に感染するが、出生時にこれに感染してしまい新生児ヘルペスを発症することがあり、ときに重症となり死の転帰をとる。しかし、性器にヘルペスウイルスが感染していることがわかったときには、帝王切開で子どもを経腹的に娩出させれば感染を免れることができる。

●経母乳感染：授乳によって母乳中の病原微生物に

表1．母子感染と病原微生物

(1)胎内感染で問題となるもの 風疹ウイルス パルボウイルスB19（リンゴ病） サイトメガロウイルス トキソプラズマ 梅　毒
(2)産道感染で問題となるもの B型肝炎ウイルス 単純ヘルペスウイルス
(3)経母乳感染で問題となるもの 成人T細胞白血病ウイルス

新生児・乳児が感染することである。成人になってから発症するＴ細胞白血病の原因ウイルスであるＨＴＬＶ－１が母乳を介して感染することが判明し、断乳することによって、母子感染を防ぐ試みがなされている。

本稿では、母子感染で問題となる多くの病原微生物のうち、紙数の関係で、風疹、Ｂ型肝炎ウイルスについて具体的に詳述したい。

3.風疹

胎内感染によって最も問題となるのが風疹である。妊娠初期に罹患すると30～50％に白内障、先天性心疾患、難聴などの異常を発症する。風疹は「三日はしか」というような軽い症状の疾患であるが、15～20％は、まったく症状のでない不顕性感染である。不顕性感染を診断するには、血清抗体を調べるしかない。ただ、血清抗体を調べるだけでは、いつ感染したかを特定することはむずかしいのが普通である。上述のように、妊娠初期という限られた時期での感染が問題になるからである。そこで最近では、IgM分画の特異抗体が感染してから２～３ヵ月の間しか検出されないということを利用して、これを検出することにより不顕性感染の時期を特定する試みが行われている。

さらに、ごく最近では、胎児の羊水を採取して、非常に鋭敏な分子生物学的手法を用いて、胎内感染を診断することも行われるようになり、好結果が得られている。

いずれにせよ、胎内診断ができたにしても治療はできないので、妊娠中に風疹に罹患しないようにするのがよい。すでに施行されてきた女子中学生への風疹ワクチン接種は、この点では評価されよう。ただ、ワクチンを接種してもうまく免疫のできない女性もいるし、現在32歳以上の女性はこのような制度がなかったので免疫を持たない者も多い。これらのことを考えると、風疹ウイルスそのものを日本の社会から根絶する作戦のほうがよいと思う。このようなことを目指したMMRワクチンが不幸なできごとのために十分に行われなかったのは残念である。

4.Ｂ型肝炎ウイルス

Ｂ型肝炎の原因となるこのウイルスの保菌者（キャリア）が、本邦では、人口の１～２％もいること、そして、これらの人は、恐らく大部分、母子感染によって母親から受け継いだものであることが判明したときから、何とか母子感染を予防できないかという研究が精力的になされ、ついに、すばらしい方法が発見されたのである。その話の前にもう少しＢ型肝炎について詳しく述べておきたい。

Ｂ型肝炎ウイルス（ＨＢウイルスと略）のキャリア（今後は単にキャリアと呼ぶ）には、大きく２種類ある。非常にたくさんのＢ型肝炎ウイルスを肝臓や血中にもつ者と少量しかもっていない者である。この二つをＨＢｅ抗原の有無で簡単に区別できる。前者がＨＢｅ抗原が陽性であり、その血液も感染性が非常に高く、妊婦の場合95％もその児に感染する。しかも、感染した児の90％以上がキャリアになってしまうのである。後者では、妊婦では、その児の10％くらいが感染を受けることになるが、キャリアになることはほとんどない。しかし、なかには、肝炎を発症することもあることが知られるようになった。

このような母子感染の実態がわかってくると、何とか予防できないかということになる。精力的な研究が行われ、ついに、すばらしい方法が発見されたのである。それは、出生時と生後２ヵ月にＨＢウイルスに対して高い抗体価を有するヒト免疫グロブリン（ＨＢＩＧと略）を投与し、さらに、生後２、３、５ヵ月の３回、ＨＢワクチンを投与する方式である。

このことによって、90%以上のＨＢｅ抗原陽性妊婦からの母子感染を予防することに成功したのである。このような成果に基づいて、昭和61年から国の事業でこの措置が行われ、輝かしい成果をあげている。すなわち、この予防措置が行われる前には、年間約3,700人のＨＢウイルスキャリアが出生していたが、この措置によって、それが400人強に激減したのである。ＨＢウイルスキャリアの10%は、将来、慢性肝炎に、その10%は肝癌を発生するといわれていることを考えると、母子感染の予防によって、将来発生する癌を予防していることになるのであり、誠にスケールの大きい事業と言わざるを得ない。

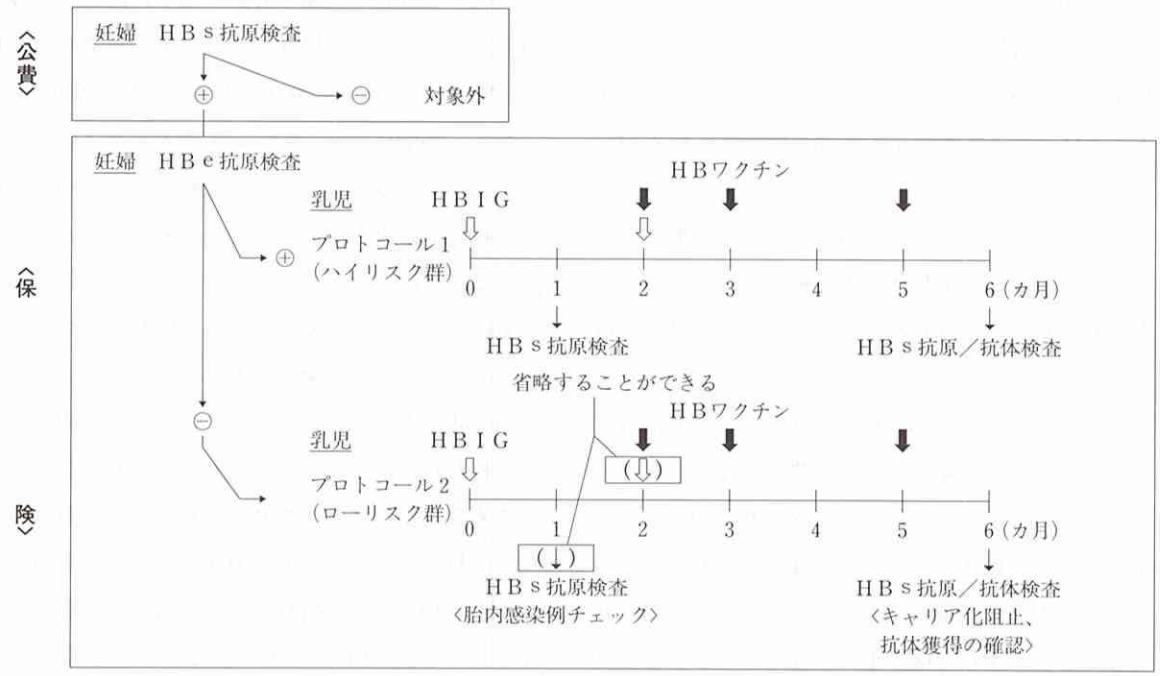
ところで、感染率は10%と低いものの、ＨＢｅ抗原陰性の母からも母子感染が成立し、その一部に肝炎が発症することが知られるようになると、こちらのほうの母子感染も大切になってくる。そこで、厚生省では、従来よりも範囲を広げて、Ｂ型肝炎ウイルスの母子感染予防を行うべく、ＨＢｅ抗原陰性の母から生まれた児についても予防措置を行うように政策を変更することにし、平成７年４月１日よりこれを施行すると発表した（図１）。

その骨子となるものは、前述のようにＨＢｅ抗原陰性の母から生まれた児にも予防措置を行うこと、費用の一部を公費負担から健康保険に移管したことである。このことは、健康保険の自己負担分を払わなければならないことにはなるが、この点は、都道府県レベルで行われる乳幼児医療の無料化の政策によってカバーされることになるので、実質的な負担はほとんどないということである。

このように、Ｂ型肝炎母子感染防止対策はまた一歩前進した。かくして21世紀には、Ｂ型肝炎ウイルスは、日本民族から根絶されるようになるかもしれない。

紙数の都合で割愛した多くの母子感染についても予防法が提案され検討されつつある。人生の第一歩で母子感染により不幸な運命を背負わされる子どもを一人でも少なくさせるように、私たち医療関係者もそして行政も努力しなければならないであろう。

図１．Ｂ型肝炎母子感染防止対策フローチャート



特集

母子保健のいま・これから

保健と福祉から見た子どもの食行動・食生活

日本総合愛育研究所母子保健研究部
栄養担当部長
水野清子（みずの きよこ）

最近の子どもの食行動・食生活

今年は戦後50年目に当たる。戦後の食料不足による栄養失調の時代から飽食の時代を迎え、子どもの発育は非常に改善されたが、以前にはみられなかったさまざまな健康・食生活上の問題が台頭してきた。特に保育所の子どもたちの食行動、食生活に焦点を当ててその実態を紹介したい。

（1）朝食を食べない子ども

ここ数年来、朝食の欠食が問題にされている。経年的に子どもの朝食の欠食を調べた報告はみられないが、国民栄養調査成績[1]によると、保育園児のうち、朝食を週に1～2回欠食する者は7％、3～4回以上欠食する、1～2回しか食べない、食べない、という者を合わせると2.7％みられた。大人と異なり日々成長しているこの時期に、朝食を欠食することは活動の面においても、また、健康維持・増進の面においても問題であることは言うまでもない。朝食を抜くと脳へ十分なエネルギーがいかず、そのために脳は十分働かない。また、体温が上昇しないために午前中の作業能率もあがらない。

朝食を欠食する理由の一つとして、起床してから朝食までの時間が問題になる。保育園児の場合、72％の者は起床してから30分以内に朝食を取っていた[1]。子どもの場合、これでは副交換神経から交換神経へのチェンジがうまくいかず、食べる意欲がでない。

（2）「孤（個）食」の子ども

子どもが1人または子どもたちだけで食事を取る「孤（個）食」も、朝食の欠食と同様に現代における問題行動である。保育園児で朝食または夕食時に「孤食」をする者はそれぞれ16.5％、3.3％であった。また、両親と食べる者は朝食では3人に1人、夕食では2人に1人の割合であった[1]。

子どもが食事を誰と取るかということと食欲との関係をみると、「両親と一緒に食べる」という者に比べ、「子どもたちだけで食べる」という者のほうが食欲は劣っていた。家族と楽しく食べることは子どもの心に栄養を与えるのである。

（3）「おやつ」、「夜食」に偏る子ども

おやつには子どもにとって食事とは全く異なる魅力が秘められている。しかし、その与え方を一歩誤ると食欲をなくしたり偏食を助長したり、さらにむし歯や肥満の原因になりかねない。

国民栄養調査成績[1]から保育園児のおやつの摂取状況をみると、約90％の子どもたちには市販品が用いられており、種類としてスナック菓子類、ビスケット・せんべい類、果物類、牛乳・乳製品、キャラメル・あめ・チョコレート類の順に使用割合が高かった。また、おやつ代が与えられる者も1％みられた。

同調査から夜食についてみると、60.8％の者は夜食を摂取していないが、「毎日または週に5～6回摂取する」者、「週に3～4回摂取する」者はそれぞれ

10.8%、9.8%であり、摂取する者の17.2%は21～22時に取っていた。この調査から夜食を食べない者に比べ、毎日食べる者に朝食時の食欲の劣る者が多かった。

一方、日本児童福祉給食会[2]による保育園児のおやつ・夜食の摂取状況をみると（表1）、約60%の者は降園後夕食までの間にいつもおやつを取っており、4分の1はいつも夜食を取っていた。保育園では昼食とおやつで1日のエネルギー所要量の40～50%を給与されるので、本来は降園後夕食まではおやつを必要としない。しかし、実際にはいかにおやつや夜食を摂取しているかがうかがえた。

栄養面に対する配慮なくして子どもの要求や嗜好に任せておやつを与えれば、当然栄養素等の摂取バランスを崩す。また、夜は体脂肪の合成を促進するホルモンの分泌がさかんなため、夜の食物摂取は体内に脂肪の蓄積を招く。これが肥満の発症の引き金になり、いわゆる小児成人病を作り出すことになる。

（4）「偏食」する子ども

子どもがある食品に対して「好き嫌い」の感情を示す場合、その程度、期間、食品の種類などにはかなりの開きがあり、偏食と正常との限界を決めることはむずかしく、偏食の定義も一定していない。日本小児保健協会の調査[3]によると、偏食を訴える頻度は3歳ごろから多くなり(20.7%)、4歳代でピークに達し（24.3%）その後減少していた。

保育園児の「食事の困りごと」に関する調査結果[2]をみると図1のようで、偏食に関する主訴が上位を占めており、この割合は上述の調査と同様に3歳児に比べ4、5歳児に高率であった。また、昭和55年に比べ平成2年において、いずれの年齢においてもその割合は増加していた。

表1．おやつ・夜食の摂取状況　実数(%)

	いつも食べる	時々食べる	何も食べない
起床～朝食まで	50(5.2)	183(19.0)	730(75.8)
朝食後～登園まで	41(4.3)	234(24.3)	688(71.4)
降園後～夕食まで	561(58.2)	369(38.2)	35(3.6)
夕食後～就寝まで	244(25.5)	569(59.4)	145(15.1)

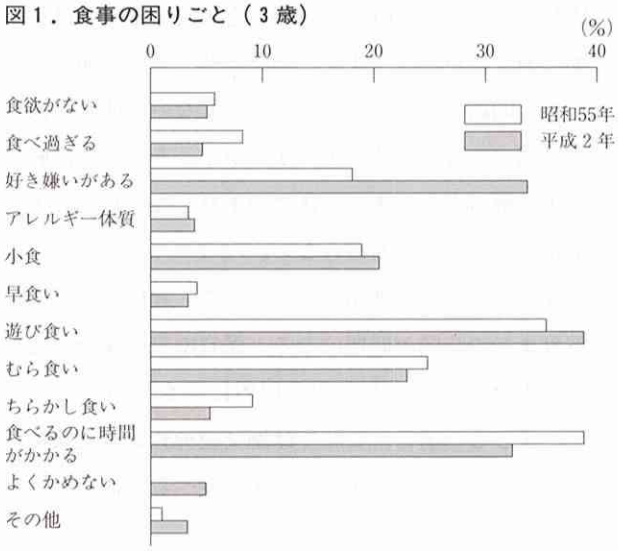
子どもの発達は左右にゆれながら次第に適応をめざしていくように、このころの偏食は固定化しないのが特長である。しかし、集団の場での偏食の問題は、ときに食事時間の楽しさや喜びが苦痛に変わることが少なくない。偏食をする子どもの取り扱いに注意したい。

これらの問題解決のために果たす保育所の役割は、はなはだ大きいと思われる。保育所における子どもへの栄養・食教育の実践、保護者への知識の伝達など、保育所と家庭、地域とが連携を密にとり、これらの問題を共に考えながら改善の方向に持っていきたいものである。

保育所における食事

生涯にわたる人間形成の基礎を培う重要な時期に、保育所で生活の大半を過ごしている乳幼児にとって、保育所における栄養・食事のあり方は児の心身の発育や発達に重要なかかわりを持つ。

図1．食事の困りごと（3歳）



（1）保育所における栄養目標

保育所における給食は原則として昼食とおやつが主体となっている。

● 3歳児未満児及び3歳以上児について

栄養量の基準については、施設ごとに「児童福祉施設における年齢別・性別栄養所要量」と「入所人員構成」に基づいて3歳未満児及び3歳以上児の区分別に「荷重平均栄養所要量」を算出して「保育所における栄養給与目標」算出例を定めて給食を行うこととしている。保育所における栄養給与目標算出例を表2に示す。1～2歳児においては完全給食を行うこととし、エネルギーはじめすべての栄養素は荷重平均栄養所要量の50%を供給することとしている。3歳以上児については措置費などの絡みがあり、完全給食ではなく、主食の米飯を家庭から持参するものとし、昼食の副菜とおやつで栄養所要量の40%（ただし、日常不足しやすいカルシウム、ビタミンA及びB_1は50%）を供給することとしている（表2）。

● 乳児について

乳児についての栄養給与目標は「乳児ごとの月齢段級別栄養所要量」を用い、保育所の実態に合わせた取り扱いとなっており、3歳未満児及び3歳以上児の給与目標のように数量的に明確に示されていない。幼児に比べ乳児では発育のスピードが急速であり、また個人差が大きく、そのうえ乳汁や離乳食の供与量は各月齢によってかなり異なるためであろう。

私たちが1994年に行った保育所給食に関する調査[4]によると、調査対象のうち、45.5%のところでは乳児保育を行っており、しかも6ヵ月未満から受け入れているところが69.8%を占めていた。「社会福祉施設調査報告書」（1992年）による0歳児の入所時月齢別内訳と比較すると、本調査対象において低月齢時からの入所割合が高かった。1992年に「育児休業制度」が制定されているが、乳児保育の需要は今後増すものと推測される。

離乳食の調製状況をみると離乳食の献立を作成していたところは46.8%、約半数のところでは特に献立表を作成せずに離乳食の調理が行われていた。また栄養基準に基づいて献立を作成していたところはわずかに4分の1、大半は経験に基づいたり、適宜

表2．保育所における栄養給与目標算出例

◆1～2歳児の栄養給与目標（各年齢・男女同数の場合、完全給食・おやつを含む）

	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂肪 (g)	カルシウム (mg)	鉄 (mg)	ビタミンA (IU)	ビタミンB_1 (mg)	ビタミンB_2 (mg)	ビタミンC (mg)
1～2歳児荷重平均栄養所要量(1)	1,058	33(15)	29～35	500	7	1,000	0.45	0.58	40
昼食とおやつの給与目標 所要量に対する比率(2)	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
昼食とおやつの給与目標 栄養量 [(1)×(2)]	529	17(8)	15～18	250	3.5	500	0.23	0.29	20
保育所における栄養給与目標	530	17(8)	15～18	250	3.5	500	0.23	0.29	20

注） 1．昼食及びおやつで栄養所要量の50%を給与する。 2．（ ）内は、動物性たんぱく質の値（たんぱく質の45%相当量）である。
3．脂肪は、エネルギーの25～30%に相当する量である。

◆3～5歳児の栄養給与目標（各年齢・男女同数の場合、副食・おやつを含む）

	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂肪 (g)	カルシウム (mg)	鉄 (mg)	ビタミンA (IU)	ビタミンB_1 (mg)	ビタミンB_2 (mg)	ビタミンC (mg)
3～5歳児荷重平均栄養所要量(1)	1,500	45(20)	42～50	500	8	1,000	0.60	0.83	40
昼食とおやつの給与目標 所要量に対する比率(2)	40%	40%	40%	50%	40%	50%	40%	50%	40%
昼食とおやつの給与目標 栄養量 [(1)×(2)] (3)	600	18(8)	17～20	250	3.2	500	0.24	0.42	16
家庭から米飯140g持参するとしてその栄養量 (4)	207	3.6(0)	1	3	0.1	0	0.04	0.01	0
副食とおやつの栄養給与目標 [(3)−(4)]	393	14.4(8)	16～19	247	3.1	500	0.20	0.41	16
保育所における栄養給与目標	390	14.5(8)	16～19	250	3.1	500	0.20	0.41	16

注） 1．昼食（主食は家庭より持参）及びおやつで栄養所要量の40%（ただし、日常不足しやすいカルシウム、ビタミンA及びビタミンB_2は50%）を給与する。 2．（ ）内は、動物性たんぱく質の値（たんぱく質の45%相当量）である。 3．脂肪は、エネルギーの25～30%に相当する量である。

調理されているのが実情であった。

（2）保育所における食事の位置づけ

これまでの保育所給食は主として栄養問題を中心に説かれてきたが、1990年に25年ぶりに改定された「保育所保育指針」では「給食」が「食事」という言葉に代わり、食事が保育上の重要な問題として取り上げられた。上述の基準により、保育所の食事は児に必要な栄養素を満たすと同時に、特に幼児期には望ましい食習慣、食嗜好、食事マナーなどを包括した望ましい食生活の基礎づくりをするという大きな役割を持つ。最近、保育所では楽しく食事をさせる配慮や園庭での野菜づくり、クッキング保育、さまざまな教材や手法を用いての「食教育」が実践されている。上述の食生活に関するさまざまな問題解決に当たって、子ども一人ひとりの家庭での実態を十分に把握し、そのうえで子どもたち、保護者の双方に生きた食教育を行いたい。そして生活環境や価値観が多様化している現代において、指導・支援のあり方も従来の押しつけ的なものではなく、それぞれの日常生活のなかでの問題を気づかせて、それぞれの保護者にあった方策を選択させるという幅の広い柔軟性のある指導・支援のあり方が求められている。そのためには、食の専門家である栄養士の配置が望まれる。

（3）保育所における栄養士の配置状況

全国で約2万2千ヵ所の保育所があり、0歳から就学前の子どもたち約169万人が入所している。[5] そこでの常勤の栄養士は約3千人と少なく、市町村、保健所の栄養士が何らかのかかわりをもって指導しているものと思われる。しかし、無認可の保育所においてはその実態はほとんどつかめていない。

保育所も乳児保育、延長保育、夜間保育、障害児保育に加えて、一時的保育事業の創設、さらに新しいタイプの保育サービスの提供が行われつつあり、それだけに乳汁・食事の対応も複雑化、専門化していくものと思われる。栄養士が配置されていないところにおいては、市町村の児童福祉主管課に配置されている栄養士、また保健所の栄養士や栄養指導員、市町村教育委員会の栄養士など保健、福祉、教育部門との連携を密にして、個々の児に則した栄養・食事を提供し、食教育を実践する必要があろう。

新しいタイプの保育施設における食事

女性の社会進出に伴い、仕事と子育てを両立するために女性の負担が増大していることから、育児休業の普及や保育サービスの充実など、働く女性を支援するための施策の充実を図ることが必要になってきている。このためには乳児保育、一時的保育、保育時間の延長など保育需要の多様化に応じた保育サービスが拡充され、さらに事業所（企業）内保育施設、企業委託型保育サービス、駅型保育施設など新しいタイプの保育施設が開設されつつある。しかし、これらの施設の多くは無認可のところが多く、栄養士はほとんど配置されていない。現段階では発育途上にある乳幼児にとって重要な栄養素等の供給が適切に行われるか、また食物アレルギーなどを持つ児への対応が適切に行われるかなど、「食」に関するさまざまな問題が山積していると思う。乳幼児にとって適切な授乳・食事を提供するためには、地域の保健所、市町村の栄養士の監督・指導を得ながら実施するなど、保健と福祉の連携が重要であり、それが実現されてこそ、真の心身ともに健全な子どもが育成されるであろう。

＊参考文献
（1）厚生省保健医療局健康増進栄養課監修：国民栄養の現状、昭和63年国民栄養調査成績、第一出版
（2）財団法人　日本児童福祉給食会：保育所給食に関する研究報告書（平成2年度研究）
（3）日本小児保健協会：幼児健康度調査報告、1991
（4）水野清子他：保育所給食に関する研究、日本総合愛育研究所紀要、第30集、1994
（5）厚生省大臣官房統計情報部：社会福祉施設調査報告書、1994

特集

母子保健のいま・これから

十代の妊娠

――「思春期妊娠危機センター」の窓口を通して

社団法人　家庭養護促進協会大阪事務所　岩崎美枝子（いわさきみえこ）

はじめに

社団法人家庭養護促進協会は、昭和37年より親の家出・離婚・病気等いろいろな事情で親に育てられない子どもたちで、特に個別な大人との関係が必要とされる子どもに、代わりの家庭（現在は大半が養子縁組を前提とした里親家庭）を探すための市民運動を、協会を中心にして神戸新聞社・毎日新聞社と児童相談所とがタイアップして、展開してきた民間団体である。

大阪事務所では、昭和39年より毎日新聞大阪版に「あなたの愛の手を」というコラムで児童相談所より依頼を受けた子どもを掲載し、広く読者や市民から里親を募り、一人ひとりの子どもに適した里親家庭を選ぶという方式を取ってきた。(現在では奈良版・京都版・滋賀版にも掲載している。)

時代の変遷とともに、里親家庭を必要とする子どもたちの親が育てられないとする事情にも大きな変化が見られ、図1の通り、10年前ごろより徐々に十代の未婚の母による養育困難並びに養育拒否によって養子にだされる子どもたちが増加している。

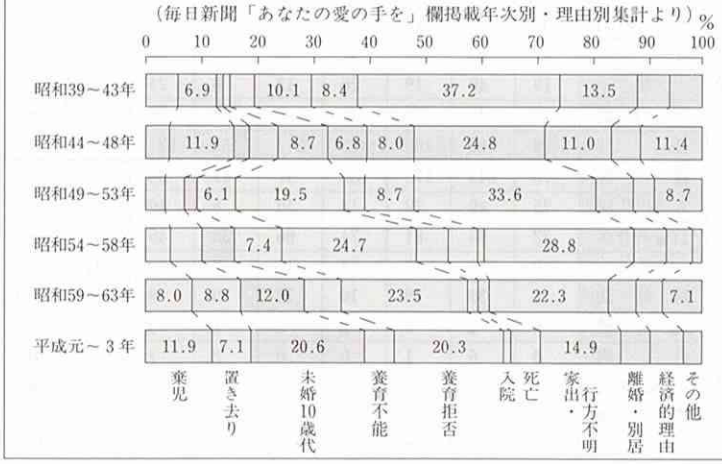
ましてその多くの場合、実母は妊娠に気づきながらも誰にも相談できず、出産によって、あるいは出産間際になって祖父母に知れることとなり、世間体や娘の将来を案ずるあまり、実母としてその子どもを育てるのか育てないのかの決断を本人にしっかりさせることもなく、生まれた子どもは施設に預けられ、養子にだされてしまうことが多い。そこで、十代の子どもたちが妊娠を疑う時点で相談に応じ、しっかりと妊娠と向き合い、産むのか産まないのか、育てるのか育てないのかを自己決定させるよう援助し、それを通して成長へのステップになることを目的に、昭和63年1月20日に「思春期妊娠危機センター」通称ＡＰＣＣ（Adolescent Pregnancy Crisis Centerの略）を設立したものである。

1. 援助の内容

十代の妊娠は、その当事者にとってそれ自体が「危機」である。妊娠そのものが心と身体に大きな変化をもたらし、当事者間の関係をゆさぶり、学業や就業の中断や、親子間・家族間の不和や対立をもたら

図1. 親が養育できない理由

（毎日新聞「あなたの愛の手を」欄掲載年次別・理由別集計より）



す恐れが十分にあるため、最も適切なアドバイスが期待されるはずである両親や教師や友人にさえ心を開けず、孤立したなかで、いたずらに時間を経過させてしまいやすい。

そのために、電話と面接によるカウンセリングで彼らのＳＯＳに迅速に対応し、あくまでも相談者自身の自己決定でこの「危機」を乗り越えられるよう、彼らにとって必要な情報を提供し、また彼らが置かれている状況を明らかにしていく援助と、この経験を通して、彼らの性に対する正しい知識を得ることで、責任ある行動がとれることを期待している。

具体的な援助内容は次の通りである。

①専用電話による相談の受付。

②来所者への妊娠判定検査。(本人の希望により、実費で尿による妊娠判定検査を行い、妊娠が判明した場合は、産婦人科の受診を指導する。)

③産婦人科医の紹介。(十代の妊娠・中絶に理解と協力が得られる病院・医師を紹介する。)

④危機介入カウンセリング。(妊娠が判明した場合に、出産するのか、中絶を望むのかを本人と話し合い、意志決定を援助する。)

⑤出産希望者への継続カウンセリング。(パートナーとの関係や家族や学校との関係調整、社会資源の紹介等。)

⑥教育カウンセリング。(妊娠の有無にかかわらず性知識の啓発、避妊指導等。)

⑦養子縁組先の斡旋。(出産後養育できない場合や養育しないと決断した場合。)

⑧他の専門機関への紹介や斡旋。

表1. APCC年度別相談件数

	統計項目	87年度	88年度	89年度	90年度	91年度	92年度	93年度	合計	%
年齢	小学生	0	2	1	1	0	0	1	5	0.3
	中学生	30	54	32	31	17	6	10	180	8.5
	高校生	55	198	123	80	54	33	45	588	27.7
	大学生	18	43	45	29	17	11	18	181	8.5
	20歳未満	38	116	112	50	53	27	30	426	20.1
	成人	27	93	53	91	54	35	55	408	19.2
	親	19	40	19	26	12	8	24	148	7.0
	その他	12	22	24	15	40	34	38	185	8.7
	合計	199	568	409	323	247	154	221	2,121	100.0
主訴	妊娠	75	243	178	139	97	67	99	898	42.3
	人間関係	25	49	22	14	10	8	10	138	6.5
	自分の身体	32	85	81	74	66	36	45	419	19.8
	マスターベーション	30	51	45	18	16	7	10	177	8.4
	避妊法	8	36	19	16	10	10	8	107	5.0
	同性愛	0	2	2	2	3	1	3	13	0.6
	性病	0	6	1	0	0	3	7	17	0.8
	近親相姦	6	24	17	17	5	1	12	82	3.9
	その他	23	72	44	43	40	21	27	270	12.7
	合計	199	568	409	323	247	154	221	2,121	100.0

2. 妊娠に関する相談

開設以来、「思春期妊娠危機センター」の名称通りに、十代の子どもたちからの妊娠やその疑いについての相談が常に40%を占めている。表1の通り、実際は想像以上にさまざまな性の問題が持ち込まれ、そのほとんどが電話という匿名性が守られるゆえに利用されている。電話は、彼らと私たちとを結びつける最初の媒体手段だと考えていたのだが、気がついてみれば「電話相談」という範疇に入れられ、最近では「Tel本」という情報誌等を見て電話をかけてくるケースが多くなっている。

開設から平成6年3月末までの約7年間の妊娠に関する884ケース[※注]を概観してみると、

(1)相談ケースの年齢分布では図2の通り、17～18歳をピークに11～24歳までの正規分布を示しており、20歳以下の年齢層で83.3%を占めている。

(2) 相談時点での「月経の遅れ」では14日未満の相談が63.7%と多く、30日未満で79.2%を占め、早期の段階で相談を寄せている。

(3) 妊娠に至った相手が判明しているケースの85.6%は恋人との間の妊娠で、相手が固定しており、「愛し合っている」者同士だと考えられる。

(4) 性的関係の成立状況では、多くが「双方の合意」であり、性的関係を主体的に選んでいると言えるだろう。

(5) 妊娠判定検査と面接の必要があ

ると判断されたケースは284ケース(32.2%)であった。そのうち面接の日時を設定したケースは214ケースであったが、来所したのは151ケースであった。来所した151ケースのなかで妊娠判定テストを実施したのは141ケース。妊娠反応が(+)だったのは36ケース。幸いにも妊娠判定の結果(−)だったのが105ケースで、圧倒的に(−)が多いのがＡＰＣＣの特徴である。

（６）妊娠が判明した36ケースについて面接した結果、その妊娠についてのクライエントの決定は、中絶24ケース、産んで育てるが２ケース、その段階では決定できなかったのが10ケースであった。

3. ＡＰＣＣの相談ケースの特徴

ＡＰＣＣには、性非行型の子どもたちは全くと言っていいほど相談に来ない。ごく普通の家庭の、特に問題がないと学校や家庭で思われている、どちらかといえば優等生タイプの子どもたちが多い。ほとんどの子どもたちは制服姿で、カップルで来所する。性行為はそう頻繁ではなく、どちらかと言えば初めての行為であったために避妊の用意がなく、妊娠への不安を募らせて連絡をしてきているケースも目立つ。

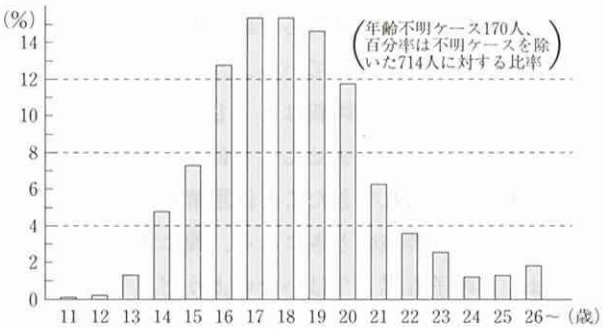
避妊については、聴取できた 451ケースの約半数が避妊をしておらず、していると答えた子どもの方法は膣外射精とコンドームが多く、コンドームが破れたりはずれたために妊娠を心配しての相談が多い。

月経の遅れも２週間以内が多く、不安への対応が迅速で、結果としても７割が妊娠しておらず、避妊のための情報や、２人の関係を見直すきっかけが与えられている。実にうまく彼らはＡＰＣＣを利用しているように思われる。

しかし、その反面妊娠にしっかり向き合えない子どもたちも多い。最初の電話をパートナーである男性にかけさせ、本人が電話口に出てくれるように指示しても対応できず、〝本当に妊娠していたらどうしよう〟という不安のために、その現実から逃げることしか考えていない場合が多い。

ましてや、いったん妊娠しているとなると、すべ

図2. 妊娠に関する相談（884ケース）の年齢分布



ての子どもが、親にだけは知られたくないと言う。しかし、例えば彼らが中絶すると決断したとしても、私たちが信頼してリファーしている病院では、十代の中絶に理解の深い女医が２人おり、開設以来何度もケースカンファレンスをもち共通のコンセンサスを築いてきたが、基本的な病院のポリシーとしては、できれば本人たちの同意の上に、親の同意もほしいと言われる。それももっともなことであり、また前日に入院し、諸検査のうえ、ラミナリアを使用してゆっくりと子宮口を開かせて手術をするので、できれば親の協力が必要であり、それを彼らに了解させなければならない。

「どうして親に相談できないのか？」と聞いてみると、まず「親にむやみな心配をかけたくありませんから……」と言う。

「そんなん言われへんわ。もし言うたら、親が気の毒やで。親はこんなこと知らんほうがええんや！」と言った高校生もいた。「あなたが親だったら妊娠して困っている娘にどうしてもらいたい？」と聞くと、一様に「相談してほしい」と答える。だが、自分の親はどうしてもだめだと、どの子も言う。

「うちの親は、平凡に生きてきた人たちです。今日まで両親は取り立てて挫折というものを経験したことがありません。そんな親が私のことを受け入れられるはずがありませんし、親に言うぐらいなら死んだほうがましです」と言った子どももいる。

今まで「良い子」であると思わせることで、何とか親子の信頼関係を維持してきたからこそ、その関

係に大きな波風を立たせたくないという気持ちと、とうてい自分たちの気持ちを親は理解できるはずがないと、決めてかかっているように思える。

ある子は、「うちの両親はとても私を愛してくれていますから……言えません」と言う。どの子も親から大事に育てられてきたことは理解している。それなのにこんな苦境のときにこそ、親にすがろうなどとは、どの子も思ってはいないようだ。子どもにとってみれば、親が自分に期待しているであろう「清純な娘」幻想を、どうしても親のために守らなくてはならなくなっているように思える。だから、強姦されるというようなことが起きた場合でさえ、親に打ち明けないケースもかなりあるくらいだ。

愛されていると言いながら、愛されるために親の顔色をうかがい、気に入られるように演技してきた彼らは、親の期待を秘密裏に自ら打ち破ることでしか、自己の存在確認ができないのではないかと思われる。どの子も、親が「まさかうちの子に限って……」と思っていることをよく承知したうえでなお性行動に走ってしまうのは、愛情という名の管理下に置かれた子どもたちの無意識的な反逆ではないかと私は考えている。ある高校生は、「彼とセックスしているときだけが、解き放たれた自由と本来の自分に戻ったような安らぎがあった」と話した。

非行型の子どもの場合は、親に対する反抗を行動化し、親の期待を外すことこそが反抗の目的であり、そういう自分をどれだけ親は受け入れてくれるのかと問いかけるわけだから、妊娠を隠す必要性がない。親のほうも、毎晩遅く帰宅したり、ときには朝帰りの娘を持てば、当然のこととして妊娠の心配をしている。娘の月経の周期や生理用品の減り方にまで気を配っている場合もあり、従って妊娠を発見しやすくなっている。それぞれの子どもを持った親のその対称性が興味深く思われてならない。

4. 中絶について

既婚者の中絶件数は減少しているのに比べ、十代の中絶件数は1980年代から急激に増加してきていると言われている。ＡＰＣＣでは、前述した通り妊娠判定が（＋）であることが少ないのであるが、妊娠と判定された場合で中絶を希望するケースは９割近くになる。

中絶の是非について論ずることはむずかしい。合法的に人工中絶を戦後すぐに認めたわが国では、中絶を許容する文化があり、そんな影響を子どもたちも受けていると思われる。しかし、最近の極端な出生率の低下と、胎生学の進歩、人権意識の高揚が、胎児の人権をめぐって新たな論争を呼んでおり、その一つに中絶可能な時期の短縮が行われ、中絶を選択したい子どもたちにとって大きな影響を及ぼしていることも確かである。

あくまでもＡＰＣＣでの対応は、当事者による自己決定が原則であり、中絶を勧めたり、反対したりすることは一切ない。ただ、このような重大な決断は、微妙な天秤の揺れのなかで、何を捨てることにより、何を獲得するのかを当事者に明確にしていく作業が必要で、危機介入カウンセリングのもっとも重要なところだと考えている。

中絶を選択することによって、いまの自分、あるいは将来の自分がどうなるのかをしっかり見定められれば、中絶はその子どもにとって十分意味のある解決策になるだろうし、産むという決断をすることで、その後の育児を担うためにいままでの計画や予定を捨て去れるのであれば、その決断を維持していくことも可能であろう。ただ、どちらの選択にも、その決断がもたらすであろう事象を、どれだけ子どもたちが現実的にまた具体的に想像することができるかにかかってくる。

中絶を選択したものの、深い罪償感にうちのめされるのであれば、小さな胎児の死は何の意味をももたらさないが、そのことを通して、より良く女として成長するための何かを発見することができるならば、それは成長のための必要なステップになるだろう。

私たちの里親委託という日常業務のなかでは、「望まれざる子」として出生してしまったがゆえに、その事実を自分の運命として一方的に背負うしかない不条理さを訴えている養子や里子たちが現実におり、その哀しさに付き合ってきた者としては、いまの日本の社会のこういう子どもたちへの理解の乏しさや偏見の実情を考えると、命であるがゆえに生れさえすれば良いのだとは言い難いと思っている。

現代の十代の子どもたちにとって、恋人との性行為は、ごく当たり前に受容されており、あふれる大人社会からの性情報への好奇心に加えて、彼らの集団内からの経験済みという情報によって皆に遅れをとるまいとする好奇心から、時と場所ときっかけさえ与えられれば、行為に及んでしまうようである。

親や教師が期待している倫理観や道徳観は、子どもたちの性行為の抑制剤にはならない。ＡＰＣＣでは、高校生や中学生だから性行為をしてはいけないという立場はとっていない。ただし、その行為に伴う責任の大きさや、相手に対するいたわり、パートナーとしてのイーブンな関係のあり方を考えてくれるような対応を心掛けている。

5.考えない十代の子どもたち

しかしながら、昨今の子どもたちの対応は、すぐに○か×かを確認したがり、すぐに正しい答えが指示されることを求める傾向が強い。にもかかわらず私たちは、「あなたはどうなったら良いと思っているの」と聞き、そのためにはどういう解決方法があるのか、そのいくつかを具体的に探り、そのなかからどれが選べそうかを確認する。そういう対応を期待していない彼らにとっては困惑するばかりなのを承知のうえで、それをしつっこいくらいに繰り返す。それは、ワーカーにとっても気骨の折れる作業である。ソーシャルワークの基本は自己決定でなければならないのに、自己決定ができない彼らにそれを迫るケースワークをしなければならないのが現状である。

6.自立への道程として

すでに紹介したように、ＡＰＣＣに相談に来る十代の子どもたちの親子関係は、子どもの側の親へのいたわりで、その関係を安定させているように見える。確かに、子どもは親が自分を愛していると感じてはいるからこそ、親が自分に期待している子ども像を演じ続けることで、その愛情に応えようとしている。しかし、子どもがもっとも親から愛されていると思えるのは、子どもの年齢にかかわらず、親の期待をはずすような無様な自分をさらけだしても、どんなに悪いことをしたとしても、丸ごと抱え込み、そんな自分をも認めてくれていると思えるときではないだろうか。特に思春期から20歳までの大人への入口に立つ若者にとっては、自己承認への渇望が強いだけに自己嫌悪もまた激しく、自己主張と自信のなさがいつもいつもせめぎ合っている瞬間であるわけだから、些細な親の無神経さや干渉や批判に傷つきやすくなっている。

傷つくことを無意識に避けようとすれば、できるだけ当たり障りのない関係を維持していかなければならない。それを、彼らはかなり幼いときから経験的に身につけてしまっているように思える。

いまの高学歴社会では、身体における性的成長が加速度的な勢いであるにもかかわらず、経済的に自立できないから、いつまでも子どもでいなければならない。ましてや、その子ども時代が楽しいものではなく、親の期待に押し潰されそうになりながら受験戦争を生きなければならない。性行為は、彼らにとっての束の間の安らぎであると同時に親への反逆であり、妊娠や出産は親への独立戦争への宣戦布告であるのかもしれないと思う。

その戦いを意味のある戦いにすることができるかどうかが重要であり、彼らにとっての自立への道程になるだろう。

＊注
ＡＰＣＣの活動の詳細、特に統計的な情報については、「ＡＰＣＣ開設１年の報告」（家庭養護促進協会発行）、安田生命社会事業団「研究助成論文集」通巻29号No.２を参照してください。

特集

母子保健のいま・これから

病児・病後児保育

大阪市立大学生活科学部発達保健学講座　講師　新平鎮博（にいひらしずひろ）

はじめに

現在、わが国の母子保健は新たな時代を迎えつつある。ややもすれば、別個の存在であった医療・保健と福祉が同じ土俵場のサービスを考えざるを得なくなった。本稿では病児保育の現状を紹介し、将来における問題点や展望について、母子保健の立場から考えてみたい。

さて、病児・病後児保育または病児デイケア・サービスは保育拡充サービスの一つである。ここでいう病気は風邪などの急性疾患で、急性期から回復期までを含める。通常は児の看病（ケア）で保護者が休職等を必要とすると、就労にかかわる社会的な立場が不安定になる。それを保証するために病児保育があり、対象は保育を必要とする児で、病児の看護に加えて保育を前提とする。この点が入院などの医療と異なるが、現状は医療・保健と保育の相互が入り込み、両者の理解なしには病児保育は考えられない。病児保育は幅広い育児支援にいまだなっていないが、今後の育児支援機能として保育施策や医療・保健と福祉の連携も視野に入れて考えると、病児保育を十分理解し、概念も広げる必要がある。

病児保育の必要性

児が病気を患った場合、育児を行う保護者が看病を行い、専業主婦であっても時間・心身ともに負担はかかる。一方で、保育を必要とする児の保護者である母親が有職者の場合は就労上の問題も抱える。つまり、児の病気で休暇を取りにくい日本では、看病のため父母が互いに有給休暇を充てることが多い。休暇の保証がある公務員などの職種以外、例えば交代がしにくい職種や弱小な民間企業では休暇は取りにくい。そのため、祖父母や親類縁者、近隣の知り合いや高額なベビーシッターなどに頼るといったさまざまな手段を用いる。

しかし、児の要因で考えると、保育開始時期である0歳は母親から移行した免疫力がなくなるので、0～2歳児は集団生活開始と同時に、感染症を繰り返すことが多く、それがもとで母親が離職する例も少なくない。もちろん、病児を預けてまで就労しないと社会的な立場が不安定になるという状況を改善すれば、必然的に病児保育の必要性は少なくなる。あるいは、産休や育児休暇も保護者が就労を続ける保証であるが、実施にはまだまだ問題を多く抱えている。疾病が軽い場合や仕事で急な場合に、病児を預かってほしいことは容易に理解でき、保育サービス拡充を考えれば当然であろう。

現実的に、保育所で看護婦がおらず、病気も扱い慣れていない保母が担当しても余分に人員を要する、感染の問題、疾病が悪化したときの責任問題などを考えると、保育所での病児の扱いは困難である。また、親子形態や育児支援のニーズもさまざまであるという価値観の変容や現状認識をするならば、専門

的な病児保育の必要性については、「疾病のときくらい母親が見てほしい」という幻想的な価値観を抱いていた小児科医であっても、容易に理解し得る。

では、なぜ病児保育であるのか。医療は病状に応じた判断をするので、児や保護者の都合を考えず、入院は看護であって病児に対する保育ではない。小児病棟のプレイルームと病児保育のそれとは意味が異なる。今後は小児科の入院ベッド数の減少によって変化もあろうが、現時点では医療と病児保育は区別される。

病児保育の実状

帆足英一らによる「小児有病児ケアに関する研究班」[(1)]の報告書に、全国の病児保育室の実態が分析されている。その前後に全国病児保育協議会が発足して相互に意見交換や研修会を行い[(2)]、大阪小児科医会でも検討委員会が設置された[(3)]。これらの報告書から病児保育の実状について述べていく。

まず、平成4年の時点では全国で14施設が把握されている。14施設が存在する地域は、大阪7、東京2のほか、青森、広島、岡山、愛媛、大分であり、西日本に多い。比較的人口の集中する地域であるが、大阪に多く東京に少ないことは興味深い。施設の内訳は、医療機関併設型7(病院2、診療所5)、単独施設型4、保育所内病児保育室3施設であった。平成6年11月末には、全国で31施設と倍増している(大阪は14施設)(図1.参照)。新たに増加したなかに、乳児院併設型の6施設が含まれている。

乳児院は他の保育施設と異なり、看護婦も常勤している場合が多いので、入院を要する病気を除き、病児保育の実践を行っている。既存の施設を使えるので、先の調査後、厚生省の病児デイケア・パイロット事業のモデル施設となった。病児保育は施設の形態により運営方法が異なる。現時点でさまざまな形態の病児保育があり、それぞれの特徴をみると病児保育のあり方が見えてくる。その点を踏まえて考えていきたい。

保育所内の病児保育室は保育施設児のみを対象とするクローズな運営である。他の施設は事前登録を要することは多いが、複数の保育施設を対象にした地域センター式である。責任者は施設形態によって、医師、看護婦、保母、事務職となる。医師は専属あるいは非常勤嘱託医で、保育所内病児保育では契約医師のいない例もある。定員は3～35名で、平均す

図1.病児保育室の所在地
(平成6年11月末現在)

(資料：全国病児保育協議会)

ると10名前後である。センター型（医療機関併設型や単独型）では定員が多い。スタッフは保母と看護婦が中心であるが、非常勤や看護婦のいない場合もある。疾病の流行時には、定員を越えて待機児のいる施設例もある。

また、病気を急性期と回復期に分けると、医療機関併設型では急性期より受け入れ、保育施設内では回復期の児を対象としている。乳児院の病児デイケア・パイロット事業のモデル施設では、病後児（回復期）保育が中心となっている。受け入れ可能な疾患は常識的な範囲であり、入院が不要である児はほぼ受け入れている。いくつかある制限の詳細には触れないが、特に伝染性の強い麻疹などの疾患では逆感染するので、医療機関との連携、観察・隔離室の有無により異なる。また、障害や慢性疾患児では受け入れが困難とする例が多い。

給食は保育所内施設では提供できるが、医療機関併設型では持参が必要である。利用者の費用負担は補助金の有無により大きく異なり、補助金がある施設は平均1,000円以下であるが、ない施設は約3倍のコストが必要となる。現時点では認可事業でなく、施設設備に関して法的な規制はないが、補助事業化のからみで8名程度のモデルが例示されている。特徴は、ベッド室と別に観察・隔離室及びプレイルームの設置が必要である。一定の設備条件を満たすことが補助の対象であるが、設備に対する補助はない。保育の内容は病状に応じて検討され、安静からベッド上で遊べる内容（折り紙、お絵かきなど）、プレイルームで行う内容（本読みや簡単な遊具）である。加えて、看護婦により服薬などの看護と入室・観察記録がきめ細かく行われる。看護婦不在の場合には保母が代用する。また、可能な場合には、病児保育室内で小児科医による診察があり、もちろん、主治医が別途あっても構わない。

報告書には、利用者を対象とした調査結果も述べられていたが、利用者はおおむね満足しており、現在の病児保育施設で十分に機能しているといえる。ただし、既存の施設は偏った地域にあり、利用できない例があることと、非利用者の意見は不明であるので、即断は避けたい。

病児保育運営上の問題点と今後の展望

病児保育のメリットを考えると、潜在的な需要は高いと考えられる。保健福祉の隙間のサービスで、一部の地方自治体の援助は別にして、ボランティア的な運営であったものを行政が追認したといえる。先の報告書やパイロット事業によると、病児保育室の運営で営利が成り立つとは考えられない。受益者負担とすれば高額になり、コストの問題は大きい。現在パイロット的に補助事業として行われているが、全国的な展開ではなく、今後は病児保育に関する概念的な整理も必要である。というのも、保育（福祉）と看護（医療）は異なる財源からなる。また、運営のための費用とは別に、新規の施設建設は無理であるので、既存の施設利用を考える必要がある。

保育所内の病児保育室で専門スタッフが常駐して、医療機関と連携がとれることは利用者からみて理想的であり、施設に余裕があれば小規模の病児保育室の運用は可能であろう。そのためには嘱託医との連携化、看護職の採用が考えられるが、保母の保育看護に関する再教育（専門性）やカリキュラムの若干の変更なども一つの方策である。筆者の所属する大学では、専属のスタッフとしての「保育看護学」を提供しているが、病児の看護だけでなく、障害や慢性疾患を含めた内容である。保育看護学は確立された学問ではないが、病児保育を行うにあたり、検討したい。しかし、実際の病児保育運営の効率やスタッフ・費用の負担を考えると全保育施設には望めな

く、また、先の報告でも医療機関との連携が課題とされているが、実際に協力医療機関の確保も困難であろう。

次に、地域ブロックでセンター的な病児保育室の運営が考えられる。一つはモデル事業である乳児院のような既存施設の利用である。ただし、病児デイケア・サービスは全施設が受け入れる状況ではないので追加援助を必要とし、モデル事業の成果に期待したい。他の形態として、(市民)病院内または地域の診療所と提携してブロック単位で病児保育施設を設置し、市が運営費を補助している大阪府枚方市の例があり、ベストな形態の一つと考えられる。しかし、地方自治体に頼れない場合は民活の導入も必要である。例えば、地域に一定数存在する小児の医療施設（小児病棟や小児専門診療所）の利用が考えられる。病院でも採算性が重視され、手間の割に利益の少ない小児病棟は縮小・閉鎖される例が増加している。税法上の特典や保険診療で「病児保育」を設ければ、既存の制度設備を使える。一方で病児保育の病気に対するケアの充実に加え、小児の医療機関の存続にも役立ち、地域医療を低下させず、別の意味で母子保健を充実できる。もちろん、病児保育をするには、保母職の採用や若干の設備の改造、制度上の改編が必要となる。

以上のように、最大の問題は施設と運営の財源確保であり、福祉と医療の両資産を有効に利用していく必要がある。加えて無認可や夜間保育などの病児保育はどうするのか、看護婦など人の確保はどうするのか、と全国規模に展開する前に問題は残っている。しかし、パイロット事業も始まり、病児保育について、やっと日の当たる場で議論されるようになってきた。

保健を飛び越えて医療の領域に及んだ病児保育が、なぜ母子保健とかかわるのか。スクリーニングは終焉を迎え[(4)]、これからの母子保健はサービスすべき児を選び出すのではなく、地域として全般的な育児支援を行うことが望まれている。保健は決して完成することはなく、時代の要請によって大いに変化すべきである。そして、医療・保健領域に限定せず、福祉との連携も必要である。保育所は母親の就労を保証し、育児環境の改善、ひいては少子化時代に対応するだけでなく、育児支援機関としての業務拡大も期待されるので、母子保健との接点の一つに考えらえる。保育所機能が拡大すれば、病児保育の対象が増えるといった量的な面だけでなく、加えて質的な面でみると、病児の育児についても専門家が支援すべき時代にきているのかもしれない。つまり、母子保健が病児保育にかかわっていく一つの側面であろう。

さらに考えると、従来は母子保健は新規事業であることが多かったが、今後は限られた財源で考えるとスクラップ&ビルドであり、既存の諸制度や施設を単に維持するのでなく、内容の見直しも必要になろう。そのうえで、例えば母子保健や小児医療と病児保育の分野を共有させるという大胆な発想ができれば、小児医療の新たな存在意義が生れ、縮小や廃止されつつある小児医療機関の維持も可能となり、機能の変更はあるが、人や施設を温存できる。そのことは、ひいては母子保健分野の充実につなげることができるという、違った側面を提供する。以上の両側面に、病児保育と新しい母子保健像を重ねることができるのではないだろうか。

＊参考資料

(1)帆足英一他、厚生省心身障害研究「小児有病児ケアに関する研究班：病児デイケアのあり方についての研究報告書－全国の病児保育室の実態－」、1993

(2)第3回全国病児保育協議会総会・研修会：　病児保育制度の進展と保育看護の向上をめざして、1993

(3)大阪小児科医会病児保育検討委員会資料：　病児保育の現状、1994

(4)新平鎮博：　保健所におけるスクリーニング時代の終焉－新しい母子保健サービスを巡って－、療育研究小児科医会報、1990

特集

母子保健のいま・これから

カイロ人口会議とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ

厚生省人口問題研究所　所長　阿藤（あとう）　誠（まこと）

1. はじめに

昨年9月5日から13日にかけて、エジプトのカイロにおいて国連の主催する国際人口開発会議（ICPD： International Conference on Population and Development； 以下カイロ会議と呼ぶ）が開かれた。約180ヵ国の政府から政府代表団約3,500人、同時に開催されたＮＧＯフォーラムにも世界各国のＮＧＯ（民間公益団体）から5,000人以上が参加する一大イベントであった。会議の狙いは、世界の人口問題への関心を喚起し、今後20年間の『行動計画（Programme of Action）』[1]の合意を取り付け、人口問題解決のための国際的指針を打ち立てることであった。

以下、国連主催の人口会議の経緯とカイロで合意された新行動計画の主要な論点を概観し、そのなかでも特に大きな話題となったリプロダクティブ・ヘルス／ライツについて詳しく紹介し、その国際的、国内的意義について考えてみたい。

2. カイロ会議の経緯

世界各国の政府に人口問題の重要性を認識させ、その解決への努力を促すために、戦後、国連が中心となり5回の国際的人口会議が開かれてきた[2]。このうち第1回のローマ会議（1954年）と第2回のベオグラード会議（1965年）は各国の人口専門家による会議であった。

第3回のブカレスト会議（1974年）は初の政府間会議で、当時世界最大の援助国であった米国を中心とする西側先進諸国が、人口の急激な増加は途上国の経済発展を阻害するとの認識に基づいて人口増加抑制政策の必要性を訴えた。アジア諸国の多くはそれに同意したが、中国、ラテンアメリカ・アフリカの主要途上国は人口政策の必要性を認めず、経済発展こそが先決との観点から「開発は最良のピル」と主張し鋭く対立した。しかしながら、両者の妥協の産物として合意された『世界人口行動計画』はその後20年間の人口分野の行動指針となってきた。

第4回のメキシコ会議（1984年）の時点では、ブカレストで人口政策に反対した主要途上国の多くが政策転換を図り、政府による家族計画プログラムを開始するか、ＮＧＯ活動の支援を始めていた。そのため、メキシコでは、家族計画を国際的に認知する『世界人口行動計画の継続実施のための勧告』が大きな反対もなく採択された。

さて今回のカイロ会議は、世界的にメディアの注目を集めた点で過去4回の会議をはるかに凌駕する。大きな関心を呼んだ最大の理由は、『行動計画』における中絶の取り扱いをめぐって、米国を筆頭とする先進諸国・女性団体とバチカン（ローマ法王庁）・中南米カソリック諸国・一部イスラム諸国とが真っ正面から対立したからである。前者は女性の選択権の立場にたった中絶の容認論を、後者は胎児の生命尊重の立場から中絶罪悪論を展開し、準備委員会も含めてカイロ会議はあたかも宗教論争の場と化した。しかしながら最終的には、「中絶の是非は各国の法制に委ねる」という形で妥協が成立し、バチカンも含

めて全参加国の合意の下で、1995年～2015年についての新しい『行動計画』が採択された。

3.『行動計画』の論点

カイロで合意をみた『行動計画』は全16章114頁からなり、ここでその全容を紹介する余裕はないため、準備会議も含めたカイロ会議における主な論点のみ指摘しておきたい[3]（リプロダクティブ・ヘルス／ライツについては次節で詳しく述べる）。

第1に『行動計画』は、先進諸国、女性団体の意向を踏まえ、人口・開発プログラムを遂行するにあたっての普遍的人権の重視を強く打ち出し、同時にリプロダクティブ・ヘルス／ライツを普遍的人権の一部として扱っている。それに対して、中国、バチカン・中南米カソリック諸国、イスラム諸国がそれぞれの立場から反発し、最終的には人権重視と並んで各国の主権、宗教、文化の尊重を併記する文章を付け加える形で決着が図られた。

第2に、1992年のリオ・サミット（国連環境開発会議）をうけ、持続可能な開発（sustainable development）が地球規模の問題を考える際の指導理念になった。先進国グループはその観点から途上国に対し人口の安定化、開発過程における環境への配慮を求めたのに対し、途上国グループは経済開発による貧困解消を最優先課題とし、先進国グループに対しては消費・生産パターンの変更を求めて対立がみられたが、これまた両論併記の形で妥協が図られた。

第3に、今回の『行動計画』では男女平等と女性の能力向上が人口問題解決の鍵とされた点が目新しい。後述のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの実現とともに、教育における男女差別をなくし、女性の就業能力を向上させ、各分野における意思決定過程への女性の参画を促進することが、女性の地位向上と人口問題解決のための一石二鳥の政策として推奨されている。

第4に、『行動計画』の具体性を高める意味で、以下の6つの数量的・質的目標とその達成年次が明示された。それらは、（1）2015年までに家族計画の方法が誰にでも利用できるようにする、（2）2005年までに家族計画プログラムの実施上のすべての制約を取り除く、（3）2015年までに平均余命75歳を目指す、（4）乳児死亡率と幼児死亡率を2015年までに出生1,000当たり、各々、35以下と45以下に低下させる、（5）妊産婦死亡率を2015年までに出生10万当たり60以下とする、（6）2015年までに初等教育を普遍化させる、である。

第5に、『行動計画』は、家族計画を中心とする人口開発プログラムの必要資金を2000年で170億ドル、2015年で217億ドルと見積もり、その3分の2を途上国自身、3分の1を先進国が負担するよう求めている。このような必要経費が行動計画に盛り込まれ、各国に現状の数倍の努力を促したことは画期的なことであった。カイロ会議の場においても、日本、ドイツ、英国、ヨーロッパ連合が人口援助の大幅な増額を約束し、世界的な人口問題の解決に向けた陽光となった。

4. リプロダクティブ・ヘルス／ライツ

さて、カイロ会議の『行動計画』のキーワードは、紛れもなくリプロダクティブ・ヘルス／ライツである。

リプロダクティブ・ヘルス（reproductive health）の概念は、WHOが1972年以来続けてきた「人間の再生産分野における研究・開発ならびに研究者養成に関する特別プログラム」[4]のなかで、再生産過程にかかわる保健ニーズを総合的に把握するために生み出されてきた概念と考えられる。リプロダクティブ・ヘルスのカバーする分野は①出生調節（fertility regulation）、②不妊、③性に関する保健（sexual health）、④母性保護（safe motherhood）、⑤乳幼児の生存、成長、発達である。この概念は、従来、別個の分野あるいは課題として扱われてきた家族計画（避妊）、各種避妊法の有効性ならびに安全性、新しい避妊法の開発、望まない妊娠、人工妊娠中絶一般の問題、不法な中絶に伴う問題、二次的不妊の原因対策、不

妊治療、女性の割礼、性行為感染症（ＳＴＤ）、特にＨＩＶ／ＡＩＤＳ、妊産婦死亡、母子保健などを、人間の再生産過程にかかわる保健という観点から統一的にとらえ直そうとする考え方である。

これに対して、リプロダクティブ・ライツあるいるチョイス（reproductive rights or choice）の概念は、医学・保健分野とは一応無関係に、1970年代のフェミニスト運動に端を発し、国連婦人の10年、ならびに1985年にナイロビで開催された国連国際女性会議を通じて国際的に広まった考え方である。[5] この概念の根幹は、女性が出産の有無、タイミング、子どもの数についての決定権を持つことであり、その権利の行使に必要な手段についての情報、教育、質の高いサービスが十分に与えられることが条件となる。また男女の性的関係は平等、相互の尊敬、責任の原則に基づくべきであり、女性は性的関係を強要されないという意味で「性に関する権利（sexual rights）」を持つことも合わせて主張される。今回のカイロ会議に向けて結成された女性団体の国際的連合体の宣言文[6]においては、リプロダクティブ・ライツはリプロダクティブ・ヘルスの全分野をカバーする権利の意味でとらえられ、両者は不可分の関係となっている。

今回の『行動計画』のなかでは、リプロダクティブ・ヘルスは、ＷＨＯの定義を踏襲し、「人間の再生産のシステム、その機能と活動過程のすべての側面について、単に疾病、障害がないというばかりでなく、肉体的、心理的、社会的に完全に健康な状態」と定義されている。それは、さらに「人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、再生産の能力を持ち、子どもを持つ持たない、いつ持つか、何人持つかを自由に決められることを意味する。この条件のなかには、男性と女性が、自ら選択できる、安全かつ効果的、（経済的に）入手可能で受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法について知らされ、利用できる権利、女性が安全に妊娠・出産でき、カップルが健康な子どもを持つ最善のチャンスが与えられるよう、適切な保健サービスを受ける権利が含まれる」と敷衍されている。

またリプロダクティブ・ライツについてはすでに国際的に認められた人権の一部をなすとしたうえで、その根幹は「すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数と出産間隔ならびに、出産時期を自由にかつ責任をもって決め、そのための情報と手段を持つ基本的権利、ならびに最高度のセクシュアル・ヘルスならびにリプロダクティブ・ヘルスを享受する権利にある」と述べており、ほぼ女性団体の主張をそのまま折り込んだ文章となっている。

このようなリプロダクティブ・ヘルス／ライツが『行動計画』の中心概念になったことの人口政策的含意は三つある。

ひとつは、個人、とりわけ女性の妊娠・出産の決定権が強調されることで前２回の会議と比べてマクロ的観点が大幅に後退し、政府による人口増加抑制を求める人口政策的アプローチが『行動計画』からほとんど姿を消したことである。この点は、人口問題のマクロ的視点を重視する立場からみると、この『行動計画』のやや物足りなく感じられるところであろう。

ふたつ目は、家族計画の位置づけの変化である。前２回の会議では、家族計画はどちらかというと国の人口増加抑制目標を達成するための手段として位置づけられてきた。しかるに今回の会議では、家族計画は、人々（とりわけ女性）が自分たちの妊娠・出産を決めるための手段、すなわちリプロダクティブ・ヘルス／ライツの一部と位置づけられている。

出生抑制（産児制限）の必要性に関しては、従来から新マルサス主義的（人口増加抑制的）考え方とサンガー等の女性の幸福論的考え方が混在していた。ブカレスト、メキシコ会議はどちらかと言えば前者の立場を強調していたのに対し、カイロ会議では後者の考え方が前面に出たとの評価も可能であろう。

三つ目は、人々（とりわけ女性）が出産の決定権を行使する手段として、中絶を含む可能性が出てき

たことである。これまで、国際的な家族計画運動のなかでは、家族計画には避妊のみを含み、中絶は含まないとの共通理解があった。しかるに今回の会議では、米国、北欧などがリプロダクティブ・ヘルス／ライツ実現のための出生調節の方法のなかに「安全な中絶（safe abortion）」を含むべきだと主張し、これに対してバチカンと中南米のカソリック諸国が大反発し、前述の通り一大中絶論争に発展した。最終的には、「中絶を家族計画の一方法として促進してはならない」というメキシコ会議の文章が再確認された。しかしながら、『行動計画』全体としては、望まない妊娠や中絶の経験者に対するカウンセリングを重視し、安全でない中絶で生命を落としたり、後遺症を患ったりする女性が多い現実を踏まえて、中絶を女性の健康の問題として取り扱うことを勧告するなど、中絶に対する寛容な姿勢が強調されている。

5. リプロダクティブ・ヘルスと日本

カイロの人口会議はバチカンと米国・北欧の対立、イスラム諸国と西欧諸国の対立、先進諸国と途上諸国の対立が目についた。社会主義体制の崩壊後、南北、あるいは宗教、民族の違いが国際政治の対立軸として新たに脚光を浴びているが、カイロ会議もそのような対立のひとつの舞台となった。しかしながら、一方で冷戦の終結は、各国に経済体制選択の問題に替わって、地球規模の問題に共同で取り組むための絶好の機会を与えた。カイロ会議は、世界の人口問題解決のための「月と六ペンス」（指導理念と必要経費）」の双方を盛り込んだ今後20年間の新行動計画を採択し、そのチャンスに応えたという意味で大成功であったと評価できよう。

このような地球規模的問題とは別に、カイロの行動計画、とりわけそのキーワードとなったリプロダクティブ・ヘルス／ライツの考え方は、日本の国内にも少なからぬ波紋を投げかけている。

わが国は戦後きわめて短時日の間に、優生保護法に基づく中絶により多産から少産への出生力転換を達成した。その後は男性中心の避妊法（コンドーム）が一方的に普及して中絶に置き換わっていき、今日では出生抑制手段としては避妊が主、中絶は従と推定されている。このような状況の下で、ほとんどの夫婦は希望の子ども数をほぼ過不足なく実現しており、他の先進諸国と比べると未婚者の出産もはるかに少ない。またコンドームの多用と関連してか、少なくとも現在までのところＨＩＶ／ＡＩＤＳの感染率も低水準に抑えられている。そのためもあってわが国では、家族計画、中絶、セクシュアリティー、性教育などが公の場で議論されることが極めて少ない。

しかしながら、一方では、ポルノ関連の雑誌・ＴＶ番組などがほとんど無規制に氾濫する一方で性教育は遅々として進まず、十代の性行動は徐々に活発化し、十代の未婚女子の中絶率も上昇傾向にある。またわが国の保健行政では更年期対策が遅れ、老人の性への認識が薄く、認可された避妊の手段が少なく、避妊法に関する医学的研究が低調、等の指摘もある。[7]

カイロ会議を機にわが国でも、リプロダクティブ・ヘルス／ライツについての認識を深め、この観点から、わが国の性と家族計画、妊娠・出産・中絶をめぐる問題を総点検してみることは大いに意義のあることであろう。

＊参考文献
（1）United Nations, Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development, 1994.
（2）Johnson, S.P., World Population and the United Nations: Challenge and Responses, Cambridge, 1987.
（3）阿藤　誠「国際人口開発会議（カイロ会議）の意義－新行動計画とその有効性」『人口問題研究』50－３、1994、pp. 1-17。
（4）Khauna, J. et al. (eds.), Reproductive Health－a Key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991: Special 20th Anniversary Issue, WHO, 1992.
（5）Crane, B.B., "The Transnational Politics of Abortion," J.L. Finkle et al. (eds.), The New Politics of Population, The Population Council, 1994. pp.241-264.
（6）"Women's Declaration on Population Policies in Preparation for the 1994 International Conference on Population and Development," L.A. Mazur (ed.), Beyond the Numbers, Island Press, 1994, pp.267-272.
（7）日本家族計画協会『家族計画便覧－21世紀へのキーワード：家族、女性、健康、性、避妊』日本家族計画協会1994年。

特集

エイズと子ども Q&A

母子保健のいま・これから

最先進国といえるほど水準が高くなったわが国の母子保健、
しかし、その裏で出現した新しい問題。
それは……、
エイズによる母子感染！
数は少ないとはいえ、いまから正しい知識を！
そこで2部構成で、次の方々にQ&A形式でご執筆いただきました。

〈エイズとは？　HIV陽性とは？〉

杏林大学医学部　客員教授　南谷幹夫（みなみたにみきお）

〈施設の生活のなかで注意すること、してはいけないこと〉

東京都立母子保健院　院長　西川慶繁（にしかわよししげ）

エイズとは？　HIV陽性とは？

（南谷幹夫）

エイズとは？

Q：エイズとはどんな病気ですか？

A：エイズは「後天性免疫不全症候群（Aquired Immunodeficiency Syndrome）」という英語名の略称（AIDS）で、症候群という言葉からわかるように、病状としてさまざまな病気を起こしてくる特徴から名づけられたのです。1983年にはその原因ウイルスが発見され、HIV（ヒト免疫不全ウイルス、Human Immunodeficiency Virusの略称、通称エイズウイルス）と呼ばれています。

健全な人は、リンパ球がもつ免疫の働きによって外部から侵入してくる細菌、ウイルス、かびなどの病原微生物の感染から守られていますが、HIVがリンパ球で増殖し、これを破壊していき、リンパ球の減少が進むと、ついには体の防衛機能としての働きが損なわれてエイズを発病してきます。エイズになると、普通の人なら何でもない細菌、ウイルス、かびなどの弱い病原体でも病気になったり、あるいは健康人の体内に侵入していてもおとなしくしていた弱い病原体が活動して病気を起こしてきます。これを日和見感染症といいます。代表的な日和見感染症にはカリニ肺炎、サイトメガロウイルス感染症、カンジダ症などがあります。このほか、エイズでは悪性腫瘍（カポジ肉腫、悪性リンパ腫など）、HIVが直接脳を侵すエイズ脳症などが起きてきます。

Q：いままでどんな人がエイズになっていますか？（表1）

A：エイズはHIVの感染によって免疫機能が働かなくなった結果起きる病気ですが、感染経路は限られており、また感染率の極めて低い病気です。HIVはエイズ患者や感染者の体液のなかに含まれていますが、注意すべき体液は血液、精液、膣分泌液で、

また母乳もあげられます。尿や唾液などにも含まれていますが、微量なので感染することはありません。

従って感染経路を大別すると、血液による感染、性行為による感染、母子間感染となります。このうち最も多い感染者は性行為による感染です。かつては輸血や血液製剤による感染が注目されましたが、献血血液に対するＨＩＶ抗体検査が1986年11月以降常時行われ、さらに血液製剤は1985年７月以降加熱処理されＨＩＶ抗体陰性血液だけからつくられるようになったため、血液由来の感染はなくなりました。

Ｑ：エイズウイルスに感染した人はみんなエイズになるのですか？

Ａ：ＨＩＶに感染した場合、年が経つにつれて発病者が増加し、治療を行わなかった場合感染後８～10年で50％が発症し、15年後には90～100％近くエイズになるとされてきました。しかし、第10回国際エイズ会議で発表された長期未発症例をみても、発症は感染後の経過期間よりＣＤ４陽性リンパ球数（リンパ球の一種）・ＨＩＶレベル・中和抗体価・リンパ球の免疫能・治療方法・他の微生物感染の有無・栄養状態などさまざまな要因が関係しています。感染者は定期的に受診を続けて、規則正しい生活、栄養管理、各種感染の予防に努め、必要があれば発病予防の服薬を続けることが大切です。

Ｑ：ＨＩＶ陽性とはどういう意味ですか？

Ａ：ＨＩＶに感染していることを意味します。感染しているかどうかの検査は、通常、被検者の血液中のＨＩＶ抗原に対する抗体の有無を調べる方法が行われています。ＨＩＶに感染した人の体内には免疫機能の働きによって、ＨＩＶ抗体が産生され、血液中に検出されるのです。従ってＨＩＶ抗体陽性とは、血液中にＨＩＶ抗体が存在している、すなわちその被検者はＨＩＶに感染していることを意味します。

一般的に血液中に抗体が検出されることは、その抗体を産生させた抗原（感染源）の疾患に罹患したことを示すもので、現在は治癒しているのが通常ですが、持続感染ウイルスであるＨＩＶは抗体と共存しているのです。

表１．感染経路と感染危険率、感染者比率　（ＷＨＯ資料参照）

感染経路	感染危険率	世界全感染者中に占める割合
①血液による感染：ＨＩＶに汚染されている血液の輸血	＞90％	３～５％
注射器の共用（麻薬、覚醒剤の回し打ちなど）	0.5~1.0％	５～10％
医療事故（針刺し事故）	＜0.5％	＜0.01％
②性行為による感染：	0.1~1.0％	70～80％
異性間性的接触		(60 ～70％)
男性同性愛接触		(５～10％)
③母子間感染：感染妊婦の胎内、産道、母乳	30％	５～10％

表２．日本のエイズ患者／ＨＩＶ感染者発生状況　（1994年12月末日現在）

◆累積エイズ患者数

危険因子	男性	女性	合計
異性間性的接触	109(23)	24(11)	133(34)
同性間性的接触	126(28)	-(-)	126(28)
静注薬物濫用	4(3)	-(-)	4(3)
母子感染	4(1)	3(1)	7(2)
凝固因子製剤[1]	482 …	3 …	485 …
その他・不明	116[2](42)	18(8)	134(50)
合計	841(97)	48(20)	889(117)

注１）平成６年11月末現在における「発症予防・治療に関する研究班」からの報告による数字である。なお、法施行（平成元年２月17日）後、凝固因子製剤が原因と推定されるものは、法による報告の対象から除外されている。２）男性両性愛者を含む。３）（ ）内の数値は、外国人である。４）累積死亡報告者数は536名となった。

◆累積ＨＩＶ感染者報告数

危険因子	男性	女性	合計
異性間性的接触	272(66)	444(342)	719(408)
同性間性的接触	271(44)	- (-)	271(44)
静注薬物濫用	10(8)	- (-)	10(8)
母子感染	2(1)	4(2)	6(3)
凝固因子製剤[1]	1,772 …	20 …	1,792[2] …
その他・不明	136[3](67)	299(267)	435(341)
合計	2,466(188)	767(616)	3,233(804)

注１）平成６年11月末現在における「発症予防・治療に関する研究班」からの報告による数字である。なお、法施行（平成元年２月17日）後、凝固因子製剤が原因と推定されるものは、法による報告の対象から除外されている。２）患者485名を含む。３）男性両性愛者を含む。４）（ ）内数字は外国人

Q：予防ワクチン、治療薬はないのですか？

A：数種類のワクチンが期待されていますが、近い将来の実用化は望めません。また確実にＨＩＶを死滅させる特効薬もいまだ開発されていません。しかし、ＨＩＶの増殖をある程度防ぎ、エイズの発症阻止ないし遅延に有効な治療薬として、わが国ではＡＺＴ、ddＩが実用化されており、アメリカではこのほか、ddＣ、３ＴＣなどが用いられ、さらに新しい抗ＨＩＶ剤としてプロテアーゼ阻害剤の登場が期待されています。また第10回国際エイズ会議では、これら抗ＨＩＶ剤の併用が高い効果を示したと発表されています。

Q：現在、日本には患者、感染者は何人いますか？（表２）

A：わが国で初めてエイズ患者が確認されたのは1985年３月でしたが、それ以来1994年12月末までのエイズ患者数は889人で、内訳では異性間性的接触133人、男性同性愛126人、静脈注射薬物濫用４人、母子感染７人、凝固因子製剤485人、その他・不明134人となっています。感染者数は3,233人で、内訳では異性間性的接触719人、男性同性愛271人、静脈注射薬物濫用10人、母子感染６人、凝固因子製剤1,792人（患者485人を含む）、その他・不明435人でした。患者・感染者の発生地域は、ほぼ全国にわたっていますが、総数の３分の１は東京で、また３分の２は関東ブロックからの報告でした。

Q：世界的にはどのくらいいますか？（表３）

A：ＷＨＯ（世界保健機構）によれば、1994年12月31日現在の世界のエイズ患者の発生状況は1,025,073人で、内訳はアメリカ合衆国51.4%、アフリカ33.9%、ヨーロッパ12.5%、アジア1.7%とされています。さらに、推定患者数は400万人とされ、アフリカ67%、アメリカ合衆国10%、ヨーロッパ４%以上、アジア６%とされています。なお、推定感染者数は約1,600万人ともいわれています。南アジアではこの１年間に倍増し、250万人とされます。

Q：エイズウイルスはどうやってうつるのですか？（表１）

A：ＨＩＶの感染は一般的に性的な直接接触感染で、血液感染や母子感染もあります。最も感染者が多く注意しなければならないのは異性間性的接触で、ＨＩＶに感染している相手との性行為があれば、0.1～1.0%の割合で感染します。１度の機会でも感染する可能性はあります。さらに、男性同性愛行為（肛門性交）は異性間性的接触より感染率が高く、私たちの調査では10倍以上の結果でした。また、異性間性的接触では、男→女のほうが女→男の４～５倍感染率が高いといえます。従って、見知らない人との安易な性行為は危険です。

通常ＨＩＶは粘膜から侵入し、粘膜下でＣＤ４陽

表３．世界のエイズ患者の状況　（ＷＨＯ・1994年12月31日現在）

地　域	患者発生状況(人)	国　名	患者数(人)	人口(1,000千人)
アフリカ州	347,713	3.ウガンダ	43,875	16,583
(54ヵ国)		4.タンザニア	38,719	17,513
		5.マラウイ	34,167	7,983
		6.ジンバブエ	33,063	7,608
アメリカ州	526,682	1.アメリカ合衆国	401,789	248,710
(45ヵ国)		2.ブラジル	55,894	121,149
		10.メキシコ	20,077	81,141
アジア州	17,057	タイ	13,246	54,532
(41ヵ国)		インド	885	844,324
		日本	832	123,611
ヨーロッパ州	127,886	7.フランス	32,722	56,556
(38ヵ国)		8.スペイン	27,584	37,746
		9.イタリア	24,511	56,557
オセアニア州	5,735	オーストラリア	5,075	15,602
(14ヵ国)				
合計(192国)	1,025,073			

注①（　）内は患者報告のあった国数、②日本の患者数は1994年10月末現在、③国名欄の国名頭位の数字は上位から10位までを示す。

性細胞、あるいはランゲルハンス細胞に感染した後、リンパ節へ運ばれ、そこで増殖してから血液中に出現し、全身に運ばれるとされています。ＨＩＶに汚染された血液の輸血ではほぼ確実に感染しますし、汚染血液が付着した注射器の共用は感染の危険が高く、針刺し事故も感染の危険があります。感染している妊婦から子どもへの母子感染は、胎内、産道及び生後の母乳感染のルートがあります。

症状と診断、検査

Ｑ：感染すると、どんな症状がでるのですか？

Ａ：感染後２～８週すると、一部の人に流感に似た症状が現れますが、大多数の感染者は無症状または特に気づく症状のないまま経過します。現れる症状は発熱、咽頭炎、リンパ節腫脹、発疹、関節痛などですが、２～３週間続いた後自然に消失し、無症状期（ＡＣ；無症候性キャリア）に入ります。この症状は他の病気にもよくみられる一般的な症状であり、これらの症状からＨＩＶ感染を疑うことは困難です。ＨＩＶ抗体はこの症状が消失すると、まもなく血液中に検出されるようになります。

Ｑ：相手がエイズウイルスをもっているかどうかを見分ける簡単な方法はありますか？

Ａ：ＨＩＶに感染しているかどうかの見分けは、検査によるしかありません。ＨＩＶに感染した初期に一部の人に現れる急性期のかぜ類似症状は、他の病気にもよくみられる一般的な症状で何ら特徴はなく、２～３週間で自然に消失し、その後はＨＩＶに感染していてもまったく健康者と変わりない無症状期なのですから、感染の有無は検査結果によるしか判断できないのです。

Ｑ：エイズの診断はどのようにしてされるのですか？

Ａ：ＨＩＶ感染の有無は、通常被検者の血液中にＨＩＶ抗体があるか否かの検査で決定されます。しかし、エイズの診断は、わが国では①ＨＩＶの感染の確認と、②エイズの診断基準にあげられた特徴的症状の一つ以上が明らかに認められたときにエイズと診断されます。

サーベイランスのためのエイズ診断基準は1988年に作成され、1994年に改定、1995年１月より採用されました。ＨＩＶ感染が進行して細胞性免疫が高度に障害されると、免疫機能が障害されカリニ肺炎などの日和見感染症、カポジ肉腫などの悪性腫瘍、ＨＩＶ脳症を合併してきます。この病態がエイズであり、現在、エイズの特徴的症状として23種の病名が示されています。

Ｑ：検査はどんなことをして、どのくらいの時間がかかるのですか？

Ａ：血液中のＨＩＶに対する抗体の有無を調べるために、実際には検査希望者から採血し、その血清はＨＩＶのスクリーニング検査（振るい分けの検査、ＰＡ法、エライザ法）を行い、陽性の場合は確認検査（ウエスタンブロット法、蛍光抗体法）を行って、陽性であれば感染と確認します。また、ＨＩＶ病原体に対する抗原検査、ウイルス培養、ＰＣＲ法も行われます。スクリーニング検査で陰性の場合は感染していないと判断されます。採血は５分もかかりませんが、結果が出るまでの期間は、繰り返しの検査の余裕を考慮して１～２週間後としています。

Ｑ：検査を受けたいのですが、どこへ行けばいいのですか？

Ａ：医療機関でＨＩＶ抗体検査を行っているところであれば、診療所、病院、保健所のいずれでも同じと考えられます。匿名性、料金については違いがありますが、保健所では匿名検査が原則となっています。これらの医療機関では検査日、時間を決めているところが多いので、あらかじめ電話で検査日時、場所などを問い合わせておくと便利です。

Q：検査の費用はどのくらいですか？

A：保健所におけるＨＩＶ抗体検査は、平成５年度から医師が必要と認めた場合は無料となっています。一般医療機関ではＨＩＶ抗体検査は健康保健が適用されないので、5,000円～15,000円程度が必要と思われます。

感染した場合に気をつけること

Q：陽性の場合、どんなことに注意したらいいのですか？

A：自己のエイズ発症阻止のための健康管理と他の人への感染防止に努めます。

①自己の健康管理では、主治医を決め定期的に通院し、免疫学的検査を中心とした必要な検査及び主治医から検査結果に基づいた生活指導、栄養指導の助言を受けます。大切なことは、エイズと闘っていく体力、気力を保つことで、そのためには、相談相手や協力してくれる味方を得ることが重要です。医療では適切な時期を見計らってエイズ発症予防のための投薬（ＡＺＴ、ddＩなど）も行っています。

②自分の周辺にいる他の人への感染防止に努めなければなりません。もしＨＩＶ感染者が性行為をするときは、コンドームを正しく使わなければなりませんし、当然注射器の回し打ちをしてはいけません。また、けがの場合の血液の処理などの手当ては自分で始末するようにします。

Q：エイズウイルスに感染した場合、予防接種はどうしたらいいのですか？

A：ＨＩＶ感染小児に対する予防接種は、原則的にポリオ生ワクチン、ＢＣＧを除いて定期接種を個別接種として行います。接種適合年齢に準じながら、なるべく免疫不全が進行しないうちに不活化ワクチン（ＤＰＴワクチン：ジフテリア、百日咳、破傷風ワクチンなど）は積極的に接種します。生ワクチンは原則的に注意すべきですが、アメリカでは重症麻疹の経験からMMRワクチンが使用されており、日

一般的な予防法

性行為以外の日常的な接触では感染しませんが、より安全を期するために、日常生活では、次の点に留意してください。

A.
カミソリ、歯ブラシ、タオル、櫛、ピアスなどの血液が付きやすいものは、各人の専用とし、他人の物は用いないこと。

C.
血液が付いた衣服、シーツなどは、なるべく早く石鹸を用いて流水で十分に血液を洗い流すこと。

B.
血液が付いた体は、なるべく早く血液を流水（流しっぱなしにした水道水でよい）で十分に洗い流すこと。

D.
注射器や注射針を個人で使用する人は、使いすてのものを用いるか、使用後に塩素系消毒剤で滅菌し、決して他人と共用しないこと。

こんな場合にはうつらない

食べ物、食器

空気、咳・くしゃみ

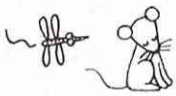
握手、抱擁、普通のキス

シャワー・入浴・風呂場、プール

便座、電話機、つり革

衣類、洗濯

蚊やその他の昆虫、ねずみなどの動物、ペット



学校、体育館、職場、保育園、幼稚園での生活

食べ物、食器、空気、咳・くしゃみ、握手、抱擁、普通のキス、ドアのノブ、便座、電話機、電車・バスのつり革、衣類、洗濯、シャワー、入浴・風呂場、プール、体育館、職場、保育園・幼稚園・学校、感染者の診察などの日常的な接触によって感染することはありません。涙・汗・唾液に入っているウイルス量は非常に少ないので、これらによる感染はありません。また、蚊やその他の昆虫、ねずみなどの動物、ペットを媒介とした感染もありません。

厚生省・(財)エイズ予防財団『エイズ読本　ＡＩＤＳ／ＨＩＶ』より引用

本では分割して麻疹、風疹、おたふくかぜの各ワクチンが無症状児に接種され、エイズ患児には考慮して接種の可否を決めます。ポリオ生ワクチンは、ＨＩＶ感染小児がこれを飲むとワクチン株ウイルスの持続感染を起こす危険があるので、投与すべきでなく、アメリカではポリオ不活化ワクチンを用いていますが、日本では入手困難です。ＢＣＧは接種した弱毒菌ＢＣＧが全身に播種したり、患児の免疫不全の進行によりＢＣＧの活性化報告もみられているので接種しません。

母子感染について

Ｑ：母子感染とはどういうことですか？

Ａ：ＨＩＶに感染している妊婦から生まれてくる子どもへの感染であり、その感染ルートとして胎内感染、産道感染、母乳感染が知られますが、妊娠末期から出産時の感染が少なくないようです。

『(西川記)子どものＨＩＶ感染の特徴ですが、子どもは次の三つの経路のいずれかによってＨＩＶに感染します。すなわち、①母子感染、②汚染された血液あるいは血液製剤、③性的な曝露からです。血液製剤や輸血用血液からの感染は現在遮断されましたので、これからの子どものＨＩＶ感染はまず母子感染が考えられます。③については十代の思春期グループの問題ですが、アメリカの最近のデータは、この経路が以前に理解されていた以上に大切な経路であることを示唆しています。しかし小児ＨＩＶ感染の主な機序は、感染した母親からの母子感染です。アメリカでは感染した若い母親の数が多くなるにつれ、この経路の危険が大きくなっていることを報じています。アメリカＣＤＣ（疾病防疫センター）の1990年４月の集計では、子どものエイズ2,192例の82％が周産期の母子感染であったといいます。わが国においても、最近若い女性のＨＩＶのキャリアが増えているということから、いずれは子どものエイズの問題が大きくなるのでは、と危惧されます。

母子感染は、①胎内感染（経胎盤感染）②産道感染（児が産道通過中母体の血液や体液に接触することによる感染）③母乳栄養を通じての感染、の三つのルートから子どもに伝播します。』

Ｑ：妊婦がＨＩＶ陽性ならば、生まれてくる子どもはみんなＨＩＶに感染しますか？

Ａ：母子感染率は約15％から40％以上の開きがあり、ＷＨＯの資料では、30％とされていますが、母子感染率の差は妊婦のＨＩＶ感染症の病状、ＣＤ４陽性細胞数、ＨＩＶレベル、抗ＨＩＶ免疫能、栄養状態、出産方法など多くの要因に左右されます。

Ｑ：現在、日本には母子感染児は何人いますか？(表２)

Ａ：1994年12月末現在でエイズ患児７人（うち外国人２)、ＨＩＶ感染児６人（うち外国人３）が確認されています。

Ｑ：母子感染したエイズウイルス感染の子どもは、大人の感染より早く発病しますか？

Ａ：成人では、ＨＩＶ感染８～10年後のエイズ発症が約50％とされますが、子どもでは成人より発症までの期間が短く、症状の進行も早いようです。文献では生後６ヵ月以内の発症が25％、１年以内の発症が約20％、残りの症例は年平均８％で発症し、中央値を4.8 年とするもの、また生後１年以内の発症を24％とし、発症すれば75％は１年以内に死亡し、平均生存期間28ヵ月という発表もみられます。

Ｑ：母子感染を防ぐ方法はありますか？

Ａ：ＨＩＶの母子感染の防御は妊娠予定の女性のＨＩＶ感染防止が第一ですが、第10回国際エイズ会議で感染妊婦の母子感染防止策として妊婦に対するＡＺＴ投与の結果が発表されました。それによると妊娠中期から末期にＡＺＴが投与され、さらに新生児

に対して6週間ＡＺＴが与えられた結果、投与群は対照群に比べて母子感染率が3分の1に減少したといいます。なお、実用には検討を要しましょうが、有望な対策と思われます。

施設の生活のなかで注意すること、してはいけないこと

(西川慶繁)

注意すること、してはいけないこと

Q：食事のとき、コップの回し飲みをしたり、食器を共用するのはどうですか？

A：ＨＩＶに感染している子どもと日常生活を共にしている者がＨＩＶに感染するのではないかという心配は、家族の間でも学校や子どもを預かる施設でも直面している問題です。アメリカＣＤＣのRogers M.F. らによる就学前の子どものＨＩＶ伝播の可能性に関する最大の研究では、ＨＩＶ感染をもつ就学前の子ども25人と密に接触した25人の母親、20人の父親、36人の兄弟姉妹、８人の親戚の合計89人は平均15.5ヵ月生活を共にし、玩具、櫛、爪切り、浴槽、コップ、食器、タオル、トイレ、歯ブラシ、ベッドなどを共有したり、一緒に入浴したり、抱擁、頬や唇にキスなどの行為があったが、感染したものは一人もいなかったといいます。

またアメリカＣＤＣに報告された10万人以上のエイズ患者でも、日常的な家族との接触（非性的な）でＨＩＶに感染したものはいないといい、学校、幼児施設のなかでの感染もないといいます。唾液などの体液からＨＩＶが分離されるため、流涎や口に入れる玩具やコップ、食器などからＨＩＶがうつるのではないかという心配がありますが、それらを介して伝播することはありません。しかし、習慣としてコップの回し飲みはしないほうがよいであろうし、本人専用のコップを用意したほうがよいでしょう。食器の共用は心配ありません。

『都立病産院ＨＩＶ院内感染予防マニュアル（表4）』によれば、ＨＩＶ感染で注意すべき体液は、血液、精液、腟分泌液、脳脊髄液、胸水、腹水、滑液、心嚢液、羊水、母乳、明らかに血液を含んでいるその他の体液としており、アンダーラインのもの以外は、医療従事者しかまず接触しないでしょうから、アンダーラインのついたものに注意すればよいことになります。そして、唾液、糞便、鼻汁、痰、汗、尿、涙、吐物等の体液は注意の対象とならないとしています。ただし、これらの体液であっても、血液を含んでいる場合には要注意です。

Q：風呂、プールに入ること、トイレの共用は？

A：ＨＩＶ感染児の入浴は通常の入浴方法で問題ありません。プール等においても通常の接触で感染することはありません。排尿、排便後は石鹸と流水で十分手を洗うことをごく普通に行えば、トイレを共用することによって感染することはありません。

Q：同じ蚊に刺されることは？

A：ＨＩＶの感染力は非常に弱いため、ＨＩＶの感染源となりうるのは、実際上、血液、精液、腟分泌液です。従って、ＨＩＶの感染経路は主として性的接触、ＨＩＶを含む血液との濃厚な接触に限られます。海外では母乳感染も報告されていますが、唾液、昆虫による感染の報告はありません。従って、唾液

表4．HIV感染に注意すべき体液と注意の対象とならない体液

注意すべき体液	注意の対象とならない体液
血液　精液　腟分泌液 脳脊髄液　胸水　腹水 滑液　心嚢液　羊水 母乳 明らかに血液を含んでいるその他の体液	唾液　糞便　鼻汁　痰 汗　涙　尿　嘔吐物 ＊ただし、これらの体液であっても、血液を含んでいる場合には注意が必要

『都立病産院ＨＩＶ院内感染予防マニュアル』1994年3月発行より引用

からの感染や虫さされによって感染することはありません。一例ですが、アメリカでは、ＨＩＶ感染の方たちは子どもも含めた大家族で１軒の家に生活していることも多いわけですが、そうしますと、お風呂も共通でしょうし、トイレも、食器も共通でしょう。蚊や蝿、蚤や虱がいたらこれも共通でしょう。そういうなかで調べますと、夫婦以外は感染していません。母子感染と思われる小児例だけが感染していて、一緒に遊んでいる、あるいは噛みついたり、ぶん殴ったりしただろう子どもたち同士の間では感染していないことがわかっています。

Ｑ：シーツや衣類の洗濯は他の人のものといっしょにしてもいいですか？

Ａ：通常の洗濯方法で問題ありません。当然、他の人のものといっしょでよいわけです。ただし、血液が付着した衣類やシーツは、0.5％次亜塩素酸ナトリウム液に30分浸し、その後に洗濯してください。

Ｑ：歯ブラシ、ひげそり、爪切りの取り扱いはどうしたらいいですか？

Ａ：カミソリ、歯ブラシ等血液のつきやすい日用品は他の人と共用しないでください。Rogers M.F.らの研究では、爪切りの共用によって、家族に特に感染したという証拠はありません。血液が付着したときは70～80％エタノールに10分か、２％グルタールアルデヒドに30～60分浸して消毒し、再使用すればよいでしょう。

Ｑ：尿、便、吐物の取り扱いは？

Ａ：排泄物（大、小便）の処理は、血液が混入していなければ特別の扱いをする必要はありません。吐物も同様です。ただし、血便が認められたときは２％次亜塩素酸ナトリウム液（ピューラックス）に１時間浸漬後処理、廃棄。紙オムツを使用の場合は焼却してください。

Ｑ：外傷、鼻出血の処置時、血液に触れた職員や子どもへの処置は？

Ａ：一般に、子どもの鼻出血は、しばしば起きるわりには止血しやすいもので、多くの場合はティッシュペーパーなどで止血できます。血液の付着したティッシュペーパーは二重のビニール袋に入れて焼却してください。外傷についても通常の消毒薬で消毒し、付いた血液の処置も鼻出血のときと同じで結構です。処置後は石鹸でよく手洗いしてください。

Ｑ：血のついた衣類、器具、床などの処置は？

Ａ：ＷＨＯはＨＩＶによって汚染されたものの消毒法として表５に示した方法を推奨していますので参照ください。

Ｑ：けんかで出血したり、噛みついたときの処置は？

Ａ：先に紹介したRogers M.F.らの報告では、ＨＩＶ感染の25人の子どもと密に接触した36人の兄弟姉妹に、15.5ヵ月の生活の間に噛みつくことが11回起こった。ＨＩＶに感染した子どもが他の子どもに噛みつくことが４回、２回はＨＩＶに感染した子ども

表５．ＨＩＶ汚染物消毒方法の具体例

物　品	消　毒　液	方　法
リネン類、衣類	0.5％次亜塩素酸ナトリウム液（ピューラックス液）	30分浸漬、その後水洗
器具	２％グルタールアルデヒド液（ステリハイド液）	30分浸漬、水洗
	0.5％次亜塩素酸ナトリウム液（ピューラックス液） ・ただし、金属類では腐食するので使用しない。	30分浸漬、水洗
	70～80％エタノール	10～30分浸漬、水洗
床	１～２％次亜塩素酸ナトリウム液（ピューラックス液）	10～30分散布、清拭
	２％グルタールアルデヒド液	10～30分放置、清拭
テーブル	70～80％エタノール	10～30分噴霧、清拭
哺乳瓶、乳首	0.5％次亜塩素酸ナトリウム液（ミルトン液）	30分浸漬、水洗
体温計	70～80％エタノール	10～30分浸漬、清拭
	0.5％次亜塩素酸ナトリウム液（ピューラックス液）	10～30分浸漬、清拭

『ＨＩＶ感染症診療の手引き』1991年３月　厚生省発行より引用一部改変

が噛まれ、５回はお互いに噛んだという報告がなされましたが、すべての噛み傷は軽度で、皮膚を切るようなことはなく、特に普通の消毒で感染はなかったといいます。またＨＩＶ感染をもつ脳損傷の成人に噛まれたり、ひっかかれたりした30人の看護婦の研究でも感染した例はなかったといいます。しかし、噛むことにかかわる伝播は、静脈注射薬物常用の女子にけんかで噛まれた医療従事者に感染が疑われました。この女子は噛んだときに口の中に血液が充満していたといいます。このような状況で噛まれると危険ですが、普通では感染しないと考えてよいでしょう。

けんかで出血したときは通常の方法で消毒し、血のついたものの始末は鼻出血のときと同じに始末します。

ＨＩＶ陽性の子ども本人に対して

Ｑ：医療機関への受診の必要性はどうですか？

Ａ：現在、輸血や凝固因子製剤でＨＩＶに感染した子どもはそれぞれの専門施設で定期的に管理されています。また、ＨＩＶ陽性の母親から生まれた子どもは、出産した病院の小児科でフォローされています。ＨＩＶ感染の母親から生まれた乳児は感染していなくても抗ＨＩＶ抗体が陽性です。スクリーニング検査と確認検査で陽性にでます。母体から受動的に獲得した抗体は、およそ生後15ヵ月まで続きます。従って、より早く確定診断するためにウイルス培養、ＰＣＲ法またはＰ24抗原等の検査を行います。これらの検査法で95％以上が３～６ヵ月までに診断可能といわれています。従って、ＨＩＶ感染の母親から生まれた子ども本人に対しては、退院後出生した病院の小児科で定期的に受診し、上記検査のほか、免疫グロブリン値、ＣＤ４リンパ球数、ＣＤ４／ＣＤ８比等の検査を受け、真に感染しているか、感染を免れて母体からの移行抗体だけであるかを決める必要があります。

Ｑ：どんなとき医療機関に受診したらいいですか？

Ａ：母親がＨＩＶのキャリアの場合、生まれてくる子どもに感染するのは約30％です。すべての病気や感染には段階があり、子どものＨＩＶ感染では「はっきりしないＨＩＶ感染」と呼ばれる段階があります。それは子どもの母親がＨＩＶに感染していて、子どももＨＩＶに対する抗体をもっているけれども、子ども自体がＨＩＶに感染しているかどうか確実にはわからないという段階です。この段階でも前述したウイルス培養、ＰＣＲ法またはＰ24抗原検査を行えば、ほとんど生後６ヵ月までに診断が可能になります。「無症候性ＨＩＶ感染」と呼ばれる段階は、ＨＩＶをもっているのは確かであるが、病気にはなっていない時期です。これはＨＩＶの初期で、短期間のこともあれば長い年月にわたって続くこともありますが、一般に80％が２歳までに症状を呈するといわれています。

ＨＩＶ感染の次の段階は「症候性ＨＩＶ感染」というものです。これはＨＩＶが免疫不全を起こすに十分なくらい免疫システムを傷つけ、そのためほかの感染にかかり始めたり、ＨＩＶ合併症を起こしたりする時期です。以前エイズの前駆症状といわれたＡＲＣ（ＡＩＤＳ－Related Complex 、エイズ関連症候群）として、リンパ節腫大、体重減少、下痢、持続する発熱、肝脾腫などがあげられていますが、これらの症状と共に、口腔内カンジダ症（鵞口瘡）が重要です。

ですから、定期的な外来診察に通うことはもちろん大切ですが、本当に母子感染を起こし、免疫学的検査でも悪化の徴候が予測され、上記のような症状がみられたならば、定期的に通院している小児科に受診してください。

コラム

子どもの時期と年齢範囲 4.イギリス

神奈川工科大学 助教授 許（きょ） 末恵（すえ）

はじめに

本稿では、イギリスにおける子どもの時期と年齢区分について、イングランドとウェールズの法規定を中心にみていく。検討の対象を法に絞ったのは、筆者の専攻(家族法)からする限定である。しかし、子どもが関連する法規定は多岐多様にわたっており、そのすべてについて検討することは不可能なため、ここでは特に関連の深いいくつかの分野に限ってみていくことにする。

また、法を理解するためには、子ども観をはじめとするその社会の歴史や文化に対する深い造詣が必要なことはいうまでもないが、この点でも筆者の検討には限界がありそうである。ご容赦をお願いする次第である。なお、本稿では、未出生の子どもと成年後間もない、いわゆるyoung adultの問題には触れられなかった。

子どもを表すことば

（1）未成年者としての子ども

コモン・ローでの成年年齢は21歳だったが、1969年家族法改正法1条はこれを18歳に引き下げた（施行は1970年1月1日）。

成年年齢は、歴史的には封建社会の階層によって異なっていたとされる。自治都市市民（burgess)は金銭の勘定ができ、布の寸法を取れるようになれば成年に達した。鋤奉仕保有者（sokeman)は15歳で、騎士奉仕保有者（tenant by knight's service）は21歳で成年に達した。騎士階層での成年年齢は他の階層に比べて遅いが、これは、21歳より若いと身体的未成熟のために重い鎧を着て、その役割を果たすことができなかったためとされる。結局、この年齢がコモン・ローでの成年年齢としてすべての子どもに適用されたのである（Pollock & Maitland, *The History of English Law*, 2nd ed.(1898), Book II, p.438)。

しかし、こうした歴史的根拠はそれ以降の社会変動によってもはや妥当せず、また、今日の若者はかつてよりも早く成熟するなどの理由から、1967年に成年年齢に関する委員会報告(Cmnd.3342, 1967)が成年年齢の18歳への引き下げを勧告し、1969年の立法となった。ただし、例えば議員の被選挙権のように、なお21歳に達していなければならない資格もある。なお、年（year）で表される特定の年齢に達する時期は、その年齢に該当するその者の誕生日の開始である。(1969年法9条。報告書を含め、1969年法については、三木妙子「イギリスにおける『1969年家族法改正法』」比較法学6巻1号（1970）が詳細である。)

また、1969年法は、未成年者を表す用語を、infant

に代えて、minor とした(12条)。Infantという語は普通は7歳くらいまでの幼児をさすようであり、「3人の子持ちで車も持っているような婚姻した男性が"infant"と言及されるのは全くばかばかしい」と前記報告書は説明している(133節)。

(2) 法律用語としてのchild

ところで、「子ども」という日本語に対応する英語としてまず頭に浮かぶのは、child という語である。Infant、minor、childは、民事法(civil law) では相互に交換可能な用語で、18歳未満の者を意味するとする者もあるが (Lyon, *The Law Relating to Children*(1993), para.1, note 10)、コモン・ローではchild は14歳未満の者をさした。

通常、childは、未成熟な人の保護やそうした者の犯罪行為の処遇のための法律において、こうした人を示すために(infantの代わりに)使われてきた。childの年齢は法によってさまざまであり、より年長の者を示すyoung personという表現と対比されることもある (*Halsbery's Laws of England*, 4th ed. (1979), vol.24)。この場合、child は「児童」、young personは「少年」と訳されることが多い。

例えば、少年司法では、child とは14歳未満の者を、young personとは14歳以上18歳未満の者を意味する (1991年刑事裁判法による改正を受けた1933年児童少年法107条1項、1969年児童少年法70条1項) が、雇用の規制に関しては、義務教育年齢によってchildとyoung personが区別され、ここでのyoung personとは義務教育修了年齢 (school-leaving age) に達した未成年者である。

子どもの監護養育に関する公私の法規定を統合した、近年における最も重要な法律の一つとされる1989年児童法では、childは18歳未満の者をさすとされるが(105条1項)、16歳に達した子どもに関しては例外的事情のある場合を除いて8条命令を下すことができない(9条7項)。地方当局によるアコモデーションの提供も、子どもが16歳に達している場合には特にそれを必要とする理由を要する反面、親が反対していても16歳に達した子どもが同意していれば提供できる (20条)。ケア命令は、17歳 (婚姻している場合には16歳) に達した子どもに関して下してはならない (31条3項) が、地方当局の世話を受けていた子どもに対しては、16歳以降も21歳になるまでは(場合によってはそれ以降も) 地方当局の助言と援助が提供される (24条) など、年齢に応じた法規制が行われている。

(3) 関係概念としてのchild

child はまた、一定の人、特にその子の親とされる特定の人との間の関係も示す。親子ないし親子に準ずる関係における子の身分を示すもので、成年に達した子についても使われる。子には、嫡出子(legitimate child)、非嫡出子 (illegitimate child)、準正子 (legitimated child)、養子 (adopted child)などの区別がある。

なお、子どもの監護等の取決めが問題になる場合に、「家族の子 (child of the family)」という概念が用いられることがある。家族の子とは、離婚、婚姻無効及び司法別居手続においては、婚姻当事者間の子と、婚姻当事者双方によってその家族の子として扱われてきたその他の子 (いわゆる公的里子を除く) で、16歳未満の者をいう (1973年婚姻事件法41条、52条1項)。

何歳で何ができるか

次に、子どもの法的能力について、いくつかの分野についてみてみたい。(詳しくは、"At What Age Can I ...?", *Childright*, No.73(1991)参照。)

(1) 婚姻適齢

コモン・ローでの婚姻適齢は、男子14歳、女子12歳であったが、1929年の法改正により両性とも16歳

に改められた(現行法は1949年婚姻法2条)。ただし、18歳未満の者の婚姻については、1949年法附則2に定める一定の者（親、後見人等）の同意が必要である（3条)。

（2）親責任

法により子の親が子及び子の財産に関して有するすべての権利、義務、権能、責任及び権威を「親責任（parental responsibility)」という（1989年法3条)。親責任は、子の父母が婚姻していれば父母双方が有するが、そうでない場合には母が有し、父は自動的に親責任を有せず、裁判所の決定または母との合意によることになる（2条、4条)。

父母の親責任は、養子縁組の場合を除き、子の成年到達と死亡により終了するが、それ以外の場合については争いがある。かつての親の監護権(custody)は子の婚姻により終了し、また、子が軍務についている場合には停止するとされていたが、親責任についても同様と解すべきかははっきりしない。また、後述するギリック事件以降、子が自分で判断を下せるほど十分に成熟した場合に、子の養育に関する親の責任が終了するかどうかについても争いがある。

（3）遺言の作成

18歳未満の者の作成した遺言（will）は無効だが、実際に軍務についている兵士及び海上にある水兵・船員は、例外的に18歳未満でも遺言の作成ができる（1837年遺言法7条、11条)。

（4）契約

未成年者は若くて経験も浅いため、不謹慎な大人からだけでなく、未成年者自身からも保護されなければならないという前提から、コモン・ローでは、未成年者の契約は、子どもに対して(against)履行を強制することはできないが、未成年者によっては(by)履行を強制されることができる。

例外として、必需品(necessaries)契約及び未成年者にとって有利な（beneficial）役務契約は、未成年者を拘束する有効な契約となる。また、一定の契約は、未成年の間ないし成年到達後の相当の期間内に未成年者が履行拒絶(repudiation)しない限り、未成年者を拘束する。

それに対し、スコットランド法の規制は興味深い。従来、スコットランド法は、未成年者を年齢によってpupil(12歳未満の女子、14歳未満の男子)とminor(12歳から18歳未満の女子、14歳から18歳未満の男子)に分け、法的能力も区別するなど、複雑な規制をしていたが、ロー・コミッションの勧告(SCOT LAW COM No.110, 1987)に従い、法的能力年齢を16歳に引き下げた（Age of Legal Capacity (Scotland) Act 1991)。16歳に達すれば完全な法的能力を得るが、21歳に達するまでは、16・17歳のときに締結した取引で不利益なものの取消を裁判所に申し立てることができる(3条)。16歳未満であっても、その年齢や状況にいる者が普通に締結する種類の取引で不当でないもの（「通常取引（ordinary transactions)」）は締結する能力があり、12歳になれば遺言能力及び養子決定同意権をもつ。また、医療行為についても、その性質と可能な結果を理解できるならば、16歳未満であっても同意権をもつ（2条）など、単純で実態にも沿った合理的な規制をしている。

（5）不法行為責任

子どものおかした不法行為の責任は、年齢を問わず、子ども自身が負う。未成年者であるということ自体は抗弁（defence)とならない。子どもの不法行為につき、親は原則として責任を負わない。

（6）雇用

13歳未満の子どもは就労できないが、13歳になれば、規制は多いが、パートタイムの仕事につける(1933年法18条、地方ごとの規制がある)。義務教育修了年

齢に達した未成年者（少年）の労働時間等への制限は1989年雇用法10条によりほぼ撤廃されたが、危険な業務への就業は制限されている。

（7）刑事法

犯罪の被害者として刑事法の保護する子どもの年齢区分もさまざまである。1933年法1条は、16歳未満の児童少年について責任を負う16歳以上の者による暴行、不当な扱い、放任、遺棄等を処罰する。子どもに対する性犯罪を罰する法律はいくつかあるが、例えば1956年性犯罪法は、16歳までの少女（girl）との不法な性交渉を犯罪とする（5条、6条）。

他方、子どもの刑事責任だが、コモン・ローでの刑事責任年齢は7歳だった。1933年法がこれを8歳に引き上げ(50条)、さらに1963年児童少年法が10歳に引き上げた(16条1項)。10歳未満の児童は責任無能力(doli incapax）とみなされる。10歳以上14歳未満の児童についても無能力の推定は働くが、問題の犯罪の成立に加え、行為のときにそれが誤っていると児童が知っていたことを立証できれば、この推定は覆る。14歳以上の少年は大人と同じように犯罪に必要な故意過失を形成する能力をもつとみなされるので、この点では大人と同じように扱われるが、手続と処遇が大人の犯罪者とは異なっている。(1991年刑事裁判法により少年裁判所（juvenile court）は青少年裁判所（youth court)に移行し、主に16歳及び17歳の少年を扱うことになった。村井敏邦「イングランド・ウェールズにおける少年司法の歩み」澤登俊雄編著『世界諸国の少年法制』所収参照。)

（8）義務教育

義務教育年齢（compulsory school age)は5歳から16歳までである(1944年教育法35条)。16歳に達した子どもの義務教育終了日(school leaving date)は、9月1日から翌1月31日までの間に16歳に達した子どもの場合には春学期(Spring Term)の終了時、2月1日から8月31日までの間に16歳に達した子どもの場合には5月の最終月曜日の前の金曜日である。

おわりに

近年は法律においても childという用語が使われることが増えているようだが、childとされる者の年齢はその法律で規制しようとする法的効果に応じてさまざまであり、注意を要する。

さらに注意すべきは、年齢による画一的な取扱いが後退していることである。1969年家族法改正法は16歳の未成年者に医療行為への同意権を与えているが（8条)、貴族院がギリック事件（1985年）において、成熟した未成年者であるならば、16歳に達していなくても避妊処置に同意できると判示して以来、自分で決定を下せるほどに成熟した子どもの判断は、その年齢にかかわらず、尊重される方向にある。1989年児童法は、情報を与えられた判断を下すに十分な理解力をもつ子どもに、一定の裁判所命令による医学的診察等を拒否する権利を認めており（43条、44条)、また、子どもの年齢と理解力に照らして考慮された子どもの確かめ得る希望と感情を、裁判所が「子の福祉」に関する総合的な判断のなかで考慮するべき諸要因の一つとしてあげる（1条）など、子どもの意向は、近年ますます重要度を増している。

チュダコフ『年齢意識の社会学』(工藤・藤田訳、1994）によると、米国ではこの1世紀あまりの間に年齢の規範化、年齢集団の階層化が進んだということだが、これが、近年の子どもの権利の主張とどのような関係にあるのか、考えさせられた。イギリスに関しても示唆に富むものであろう。特に付記しておきたい。

＊本稿の作成にあたり、文中にあげたもののほか、Bevan, *Child Law* (1989)；Bainham, *Children*：*The Modern Law* (1993)；Bromley & Lowe, *Bromley's Family Law*, 8th ed.(1992)；Cretney & Masson, *Principles of Family Law*, 5th ed.(1990)；*The UK's First Report to the U.N. Committee on the Rights of the Child* (1994) などを参照した。

「児童の権利に関する条約」ウォッチング 2

「北海道養護施設ケア基準」策定の歩み

羊ヶ丘養護園　副園長　千葉智正（ちばともまさ）

はじめに

平成6年5月、北海道養護施設協議会（24施設）は、北海道養護施設職員研究会(580名）によって、1987年より取り組まれてきた「北海道養護施設ケア基準」を、北海道における養護施設としての、児童養護のガイドラインとして共有することを決議し、社会的に表明した。

このことの意義は、児童福祉法の理念に基づき、養護施設におけるケア（施設養護）のあり方と範囲について明文化し、そのミニマムを確認したことにある。限定された北海道という地域内ではあるが、所属する24すべての養護施設が一致してそのことを協約し、社会的に実践することを表明し、約束した点で意義は大きい。

また、今回策定し協約されたケア基準を実践する場合、財政、人手、建物構造、地域性等々の条件に深く関係することが、職員間で十分に認識されながらも、入所児童のおかれている現実に照らし、職員がそれらの条件に逃げ込むことなく、一体となって果敢に取り組むこととした決意には敬意を表したい。

このことが、新たな施設養護へのステップにつながることを期待し、その取り組みの経過等をここに報告させていただくこととなった。

1. ケア基準策定の背景と目的

養護施設を取り巻く環境は、一連の福祉行政改革の断行、福祉八法改正、児童権利条約の批准はもとより、ノーマライゼーションの考え方の広がりと定着などにより、近年大きく変化してきている。しかし、それらが目指すものを前提に、養護施設の現実を見た場合、その間には大きなギャップがあることを認めざるを得ない。

とりわけ問題であったのは、そのギャップが施設長の経営理念や児童観、職員の資質と技量などに深く関連している場合であり、また、そのギャップが施設間、そして職員間にも大きく存在していた事実であった。

すでに1975年頃から社会福祉の普遍性の原則に照らし、この事実は許容すべきものではないとする意見が、一部の中堅指導員を中心に根強く存在し、多くの議論を繰り返してきている。

これらの経過から、24の全養護施設の施設長と職員が一体となって、1987年から「安心して生活できる施設」、「地域の積極的な選択肢たり得る施設」、さらに「施設間の児童養護の格差是正」に向けて早急に取り組むことの必要性を確認し、それぞれの施設に内封されていた児童養護の実践内容を、児童の権利擁護の絶対的視座にたって見直すことから取り組むこととし、全道規模の全体研修会をもつこととされた。

これにより、それぞれの実践内容は施設間に公開され、相互に検証し合う場が確保された。

「北海道養護施設ケア基準」は、これらの背景と取り組みの経過のなかで素地が形成され、策定されたもので、「北海道の養護施設における標準化されたケアのミニマム」である。

「北海道養護施設ケア基準」策定の目的は、道内の養護施設間の児童養護の格差解消と、児童養護水準の向上にあるが、狙いとして、ケア基準の策定はソーシャル・アクションでもあった。

ケア基準の策定をソーシャル・アクションとしてとらえている理由は、養護施設として主体的に取り組まなければならない顕在化したいくつかの解決課題の存在と、その解決の責任を強く意識しているからである。さらに、この課題の解決なくして、近年要請されている社会的期待を担い得ないと考えているからでもある。

ゆえに、このケア基準の策定は、「仲間」、「地域」、「行政」の個々と、さらに相互の関係において生じている課題の解決に向けたアクションでもある。

2. ケア基準策定までのプロセス

ケア基準策定までのプロセスは、いくつかの段階を踏んで経過している。

1970年代前半は「養護施設の実態の把握」の時期に当たり、施設間で踏襲されてきた児童養護のスタイルと、その基底となっている理念を、実際の児童養護の結果から、その妥当性について検討し合った時期であると思われる。

1970年代後半に入り、一部の中堅指導員を中心に、結果として生じている施設間の児童養護の格差とその要因を明確にし、その問題点について広く提議することとなり、児童養護全体にわたる実態調査が連続的に行われた。

この時期に取り組んだ実態調査の一つは、ＰＦスタディにみる「養護施設における集団規範の取り込みに関する調査」であった。この調査結果において浮き彫りにされた施設養護上の最大の問題点は、施設内適応と〝飼いならし〟問題であった。

このことは、職員と児童との関係の質・量においていかに管理的であり、恣意的であったかを決定的に浮き彫りにしたものであり、厳しい結果であった。

1980年代前半に入り、浮き彫りになっていた施設養護のいくつかの基本的課題に対して、解決に向けた職員の関心は高く、さまざまな研修機会のたびに施設養護の問題として掲示されている。しかし、「施設の独自性尊重」「施設条件への逃避」「管理優先主義」の現実の前に、ほとんどが研修の題材に留め置かれている。

しかし、職員間では養護施設の「峠の茶屋論」が叫ばれ、一向に改善されない養護施設の体質に対する不信感と危機感は根強いものとなっていた。

1980年代後半に至り、社会福祉変革への流れがいよいよ現実的なものとなり、それまで蓄積されてきた職員のストレスと、暫定問題にみられる危機感が合体し、養護施設改革運動のエネルギーがさらに高まっていった。

これらの背景をもとに、1987年、それまで地域ごとに組織され、独自に活動していた職員研究組織を全道的に再統合し、北海道養護施設職員研究会が設立された。

この研究会は、発足時から一貫して施設間の児童養護実践内容の公開の場であり、自らの施設養護の水準と職員としての自己検証の場たり得ることを主眼に展開されている。

この取り組みのなかで「北海道養護施設ケア基準」策定への素地が次第に形成され、養護施設職員としてのなすべき児童養護の「ガイドライン」の輪郭が

形成されてきたといえる。

1991年11月、道内の中堅幹部職員が一堂に会し、「施設養護の標準的なミニマムとは」を主題に、2泊3日の時間をかけ集中的に協議を行っている。

この協議の結果、確認された事項は「生活主体である児童の人権尊重の視座に貫かれた児童養護の実践の普遍化」であり、このことについて、2年後に施設ごとの実践状況を再評価することとし、取り組める領域から直ちに取り組むこととされた。

1993年10月、イギリスの元ウェールズ大学教授で、イギリスの児童福祉施設不服審査委員の経験をもつウォルトン教授と、札幌市内近郊にある児童入所施設の中堅職員との座談会がもたれた。そして、イギリスにおける児童ケア法について詳しく聞くとともに、北海道の養護施設が取り組んでいる「児童養護のガイドライン」の策定価値、遵守システム等々に関する意見を求めることができた。それにより、「北海道養護施設ケア基準」の骨格がほぼでき始めた。

1993年11月、第2回中堅幹部研修会が開催され、事前に各施設に提示したケア基準案の施設内検討の結果を持ち寄り、ここで「北海道養護施設ケア基準」としての原案と活用マニュアルについて協議された。さらに、今後の施設間協約までの手続きについて協議されている。

また、ケア基準案と活用マニュアルの完成を待って、児童福祉研究者、弁護士、関係機関、知識人等に、ケア基準の内容の妥当性、法的優位性、拘束性等について、率直な意見と精査を依頼することとした。その後において、北海道養護施設長協議会に最終審査を依頼し、正式に「北海道養護施設ケア基準」としての承認を得ることとした。

1994年5月、北海道養護施設協議会総会において正式に承認された。

3. ケア基準に対する職員の反応

ケア基準に対する職員の反応について、『北海道養護施設協議会機関紙』第23号に、「北海道養護施設ケア基準策定に関するアンケート結果」として、そのすべてを報告している。このアンケートは、全道の養護施設の直接処遇職員(341名)のすべてを対象に、基準策定直後の平成6年6月に実施したものである。その結果を概観すると、約80%の職員がケア基準策定をプラスに評価している。

このプラスに評価している意見の内容をみると、ケア基準策定とその内容に対して、全面的に支持し評価している意見と、従来の児童ケアの実態や、施設間の児童ケアの格差への反省と今後への期待を示しながらケア基準を支持している意見、ケア基準策定を評価しつつも、体制、条件、実践能力、労働条件を求める意見であった。

しかし、策定されたケア項目の実践に対して、57%の職員がさまざまな戸惑いを抱いていた。この事実は、今後に向けての一つの課題になっていくと思われる。

職員が戸惑いを抱いているケア項目の上位をみてみると、「児童は一切の体罰から護られる(20%)」「児童の欲求に適切に応じられることが保障される(10%)」「児童の意見表明の自由と表明の機会が保障される」の順位で戸惑いを示している。また、ケア基準の遵守審査システムを予定していることに関しては、システムの設置に明確に反対と回答した職員は3%(7名)であった。

4. 策定されたケア基準の課題と今後

ケア基準の策定は終えたが、課題も多い。特に、策定されたケア基準の「価値の共有と普遍化」を確実に図ることと、ケア基準遵守審査機構の設置等へ

の取り組みは当面の優先課題である。

ケア基準策定に対する職員の戸惑いにみてとれるように、現時点では「価値の共有と普遍化」に、いくつかの障害が存在することを示している。

また、ケア基準遵守審査機構の設置に関しても、平成7年度末までに、その内容と施行日を改めて決定する、とした状況が物語るように、この部分で乗り越えなければならない課題も大きい。

いずれにせよ、養護施設職員がなす業務の専門性を自認するならば、その基底となる養護施設としての「倫理的規範」について、養護施設間で合意され、そのことに職員が拘束されていることを、社会的に示せなければならない。

これらの意図も持ちながらケア基準が策定されている以上、審査機構は、養護施設職員として、倫理的規範の保持を示す付箋としても不可欠である。

今後、審査機構の設置について、自らがあいまいにすることがあるとすれば、自らの専門性について否定することになる点でも重要な課題であり、今後も幅広く多くの意見を求めながら、確実な取り組みを重ねていきたいと考えている。

また、児童の人権、子どもとしての権利を擁護するための取り組みの結果としてケア基準の策定をみたが、策定までの協議を通じて、明らかなものとして見えてきたものは、やはり社会福祉の貧困の問題であった。

特に、養護施設入所児童にとって、生活の場である施設内での選択肢は非常に限定されており、いずれの選択肢を選択したとしても、児童にとっての結果は過酷である場合が多い。そのような実態が存在していることをみても、解決すべき課題は多いといえる。

例えば、児童にとっての進路決定に際しても、学歴偏重の風土のなかで、高校への進学を選択しない児童や選択できない児童は、学校教育の現場では脱落者として扱われ、就職を考えても、職業に対する適性を確かめる機会と、そのための猶予期間を与えられることなく就職している現実をあげることができる。

養護施設児童にとっては、就職の選択にあっても職業の適性以上に、住居保障の有無を優先しなければならない。このような現実は、児童にとっての社会的自立への脆さの一つの要因となっていることから、児童の個性に応じた教育保障と自立保障を求めているが、いまだ不十分な状態におかれたままにある。

このように、養護施設入所児童の実態を支えている人権感覚の鈍さを問わない社会と、それを基盤とした福祉観を、養護施設として主体的に根底から変革していかなければならないと考えている。

また、自己の意志を正確に表明できない、伝えられないという児童の特性について、社会的に理解されていながらも、今日においてなお、実態としては制度的にも、児童養育関係当事者の養育実践においても、十分に配慮されていないことも問題にすべきであると考えている。

したがって、今後は、権利を行使する能力のあるものだけに、生存権や社会権が用意されているわけではないことを、児童の代弁者として明らかにしていかなければならない。

児童の場合においても、より適切な権利擁護のシステムが用意されていかなければならない理由がここにも存在し、養護施設職員として、養護施設で生活する児童の権利の実体をさらに拡大していくことは、重要な基本的責務であると考えている。

この北海道の養護施設からの小さな発信が、全国の養護施設の仲間や関係者に届き、率直なご意見やご指導をいただけるならば幸いである。

編集後記

はじめに、阪神・淡路大震災の犠牲者の方々のご冥福と被災者の方々のご回復をお祈り申し上げますと共に、福祉・保健・医療にかかわる方々の献身的な活動に敬意を表し、地域の一日も早い復興を編集者一同祈念して止みません。

母子保健法の改正を機に、今回小誌では〝母子保健のいま・これから〟と題して、母子保健の現状と今後の展開について特集しました。子どもの健康が胎児の健康から始まることを考えれば、母体の健康の保持と増進は子どもの健康に密接な関係を持つものであり、子どもと母性を合わせた、母子保健の意義があるわけです。母性とは妊産婦だけではなく、最近では、広く女性すべてを含む意味に使われています。わが国はこの40年経済成長と共に、乳児死亡率は世界一低くなり、平均寿命も世界一長くなり、体格も向上し、国民の健康状況は大きく改善されました。健康増進には医学の進歩が結び付けられますが、その基礎には疾病の予防や障害の発見のための保健対策がさらに重要です。このたび、愛育研究所の平山先生に戦前から現在までの母子保健の流れをお話いただきました。元東京大学医学部母子保健学教授の平山先生は、小児科学会・小児保健学会の重鎮として、日本の母子保健対策の立案に貢献なさいました。この対談を通して、世界と比較した日本の母子保健対策の優れた面と日本社会の特異性、少子化と高齢化の到来を読者の皆さんにご理解いただけたことと思います。

昨年は生活者優先、地方分権、優しい政治、行政改革が叫ばれました。行政の中央集権から地方分権の流れのなかで、母子保健事業の市町村への移譲は老人保健福祉の市町村への移譲に次ぐものです。住民に身近なサービスを市町村で提供することの利点は多数ありますが、市町村ごとのサービスの場合、財政力やマンパワーの差から母子保健事業に地域格差を生じないか不安が残ります。専門性のある乳児院、公立病院、保育園、児童相談所などの協力、参加により画一的な母子保健ではなく、地域独自の母子保健、子育て支援が始まることを期待しています。

厚生省の子育て支援事業のひとつの病児保育は、あくまでも、子どもの安全を念頭において進められるべきものであって、空いているベッドをうめるための病児保育であってはいけません。私の勤務している都立母子保健院でも乳児院で病児保育、小児科病棟で自宅で生活する重症心身障害児の緊急一時入所事業を行っています。数年前では、せめて子どもの病気のときぐらいは親が側についていなければという考え方でしたが、最近は小児科医の考えも変わってきました。

今回〝エイズと子ども〟と題してQ＆Aを設けたのは、母から子どもへの感染症に対する対策についての理解、そしてエイズの母子感染の結果HIV陽性の子どもが入所するときの施設での温かい対応を願ってのことです。病気を正しく理解することにより、抗体陽性の子どもと共に生活できる時代が来たことを理解してください。

ところで編集会議の折、大阪市立大の山縣先生から阪神・淡路大震災の様子を伺いました。「茫然自失」のなかにあって、水道の出ない老人の家にバケツで水を運ぶ施設の子どもたち、ボランティア活動のリーダーで活躍する帰国子女、避難所の校庭の一角で地震ごっこをする幼児の話を聞いて、ホッとしました。

（担当編集委員・横井茂夫）

〔編集委員長〕
網野武博（あみの たけひろ）
東京経済大学教授

〔編集委員〕
小平さち子（こだいら さちこ）
NHK放送文化研究所
主任研究員

込山稔（こみやま みのる）
美深育成園副園長

高橋重宏（たかはし しげひろ）
駒澤大学教授
日本総合愛育研究所
児童家庭福祉研究部長

山縣文治（やまがた ふみはる）
大阪市立大学生活科学部
人間福祉学科社会福祉学研究室助教授

横井茂夫（よこい しげお）
東京都立母子保健院小児科医長
東京慈恵会医科大学講師
大妻女子大学講師

海田英雄（かいた ひでお）
資生堂社会福祉事業財団
常務理事

（敬称略）

MOTHER AND CHILD WELLBEING AROUND THE WORLD

VOL.38 1995-4　世界の児童と母性

年2回発行
1995年4月1日発行
編集・発行者
財団法人 資生堂社会福祉事業財団
東京都中央区銀座7丁目5番5号
電話03-3574-7408 〒104-10
ファクシミリ 03-3289-0314

印刷所 成旺印刷株式会社
東京都港区芝2－1－28

再生紙使用

MOTHER AND CHILD WELLBEING AROUND THE WORLD

財団法人 資生堂社会福祉事業財団