ISSN 0289－2383

MOTHER AND CHILD WELLBEING AROUND THE WORLD

VOL.42|1997-4

世界の児童と母性

［特集］福祉と保健・医療の連携をめざして

世界の児童と母性

第42号／1997年4月

CONTENTS

特集◆福祉と保健・医療の連携をめざして——

ひとこと——高橋重宏 …… 1
母子の福祉と保健の連携——衞藤　隆 …… 2
〈日本と世界の比較からみる母子保健〉
アジア諸国の母子保健——小山　修 …… 8
世界各国の十代の妊娠、出産、避妊、中絶——北村邦夫 …… 13
〈福祉と保健の連携からみる子育て支援〉
未熟児の早期介入にみる連携——犬飼和久 …… 18
乳児院における福祉・医療の連携——横井茂夫 …… 22
虐待に対応する機関連携について——堀木道子 …… 26
障害児の家庭復帰にみる医療と福祉の連携——加部一彦 …… 30
家庭児童相談室と保健所の連携——桂　浩子 …… 34
〈キーワードからみる母子保健〉
テレクラーその現実と問題点——松宮　満 …… 38
援助交際の実情と問題点——速水由紀子 …… 41
思春期を考える——岡田　謙 …… 44
アダルト・チルドレン——飯塚　浩 …… 47
「公園ジプシー」考——平田圭子 …… 50
さらりと乗り切る更年期——石田雅巳 …… 53
「児童の権利に関する条約」ウォッチング
6．少年事件からみる児童虐待問題について——小笠原彩子 …… 56
〈トピックス〉
アフリカの子ども問題と私たち——楠原　彰 …… 60
編集後記——横井茂夫 …… 63

ひとこと

先進国では、すべての子どもと親（家庭）を対象として「ウェルフェア」（救貧的・慈恵的前史をもつ事後的・補完的制度）から「ウェルビーイング」（人権の尊重、自己実現）への理念転換、子どもの権利擁護サービスの制度化、在宅サービスメニューの整備、脱施設化、被虐待児や親に対するトリートメント・サービスの整備などの動きがある。さらに、子どもの権利条約と国際家族年の理念を子ども家庭施策やソーシャルワーク実践にどう反映させるかも問われている。

一方、戦後の日本の児童福祉行政は、保護者が子どもの養育の責任を担い、問題が発生してから事後的・補完的に行政処分のかたちで福祉サービスを提供する「保護者か行政処分か」という２分法で対応してきた。児童福祉行政の現業機関である児童相談所でも、極言すれば、「虐待を受けそうだ」と相談にきた子どもを「虐待を受けてからおいでネ」と帰していた。今年児童福祉法制定50周年を迎えた日本では、現行制度と新たに発生したニーズとの乖離が深刻な社会問題となっている。

厚生省では、中央児童福祉審議会基本問題部会で児童家庭福祉制度の再構築を図るための検討を行い、平成８年12月３日中間報告を行った。本年２月21日には厚生大臣から中児審会長宛に児童福祉法等の一部改正についての諮問が行われ、同月26日には「おおむね諮問案どおり了承する。また、児童の権利に関する条約の理念を踏まえ、21世紀の少子高齢社会を担う子どもたちの健全育成を図るため地域・社会全体で支援するという視点に立ちつつ、制度改正の実施には……十分配慮されたい。（略）」という内容の答申が中児審会長から厚生大臣宛に行われた。さらに、翌27日には社会保障制度審議会会長からの答申が厚生大臣宛に行われた。３月11日には「少子化の進行、夫婦共働き家庭の一般化、家庭と地域の子育て機能の低下等児童及び家庭を取り巻く環境の変化を踏まえ、児童の福祉の増進を図るため、市町村の措置による保育所入所を情報の提供に基づき保護者が保育所を選択する仕組みに改め、要保護児童の施設の名称及び機能の見直し、並びに児童家庭支援センターの創設による地域の相談援助体制の整備等のほか、所要の規定の整備を行うものとすること。」を要旨とする『児童福祉法等の一部を改正する法律案要綱』が閣議決定され、同日国会に提案、審議が開始された。

本年４月からは、母子保健行政も新たな推進体制に移行した。今国会に提案された改正児童福祉法（案）は、来年４月施行をめざしている。身近な市区町村レベルで保健とソーシャルワークの連携による子ども家庭サービス・システムの構築と実施が急がれている。子どもの最善の利益を基調に関係者の一層の努力で新たな子ども家庭福祉制度の再構築を急ぎたい。

編集委員長・高橋重宏

特集

母子の福祉と保健の連携

福祉と保健・医療の連携をめざして

東京大学大学院教育学研究科　教授　衞藤（えとう）　隆（たかし）

はじめに

わが国においては昨今、人々の保健や福祉をめぐる状況に変化が認められ、現状に即して関連する法令の改正や整備が進められつつある。これらを一言で語るのは簡単ではないが、人口の高齢化、少子化、疾病構造の変化、保健サービスの個別対応等のキーワードによってその一部を説明できよう。地域保健の総合的な見直しの観点で各種論議の後、平成６年６月に第129回国会で「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」が可決され、保健所法の廃止と地域保健法の新設、母子保健法の改正等、地域の人々の健康に関する法体系に大幅な変更が加えられることとなった。これらの中で、母子保健事業に関しては、三歳児健康診査等の基本的事業のほとんどが住民に身近な市町村の手によってサービスが提供されることになり、３年間の準備期間を経て、平成９年４月から実施に移されることになっている。この法改正では、法律の条文の中に地域保健、地域福祉、学校保健の連携の必要性について明確に記されていることも大きな特徴である。（図１、図２、表１）

縦割りの行政の壁を越えて、連携と調和を図ることの意味は何なのであろうか。本稿では母子の福祉と保健の連携の意味するところ、今後のあり方等について考えてみたい。

１．わが国の母子保健の歩み（表２）

Ａ．救貧対策から母子の健康の保護へ

わが国においては、明治時代には近代国家としての基礎づくりに総力が注がれた。明治22年（1889年）にはわが国最初の小児科学講座が東京帝国大学に設置された。大正時代に入ると、工業生産が飛躍的に増大したが、他方で工場労働者の健康問題、都市における貧困家庭の母子の健康問題などが深刻化するようになった。この当時のわが国の乳児死亡率は出生千対150を越えていた。東京、大阪、京都等の都市で、救貧対策としての母子の健診事業などが行われた。昭和に入ると、「本邦乳幼児発育標準値」（栗山、吉永、昭和５年）が発表されたり、小児保健研究会（昭和８年）が設立されるなど、学術的基盤も築かれはじめた。昭和11年には愛育会にて愛育班活動という地域における子育て経験者を中心とするボランティア活動が開始され、翌12年には保健所法が公布され、母子保護法が制定された。14年には今日の乳幼児健康診査の原形となる乳幼児一斉健康診査が開始された。しかし、時代は次第に戦争へと突入し、母子保健分野においてもその影響を濃厚に受けた。

Ｂ．公衆衛生行政としての母子保健の時代

敗戦後は占領軍の指導のもと、米国から公衆衛生の概念が導入され、母子保健政策も一変した。戦前の昭和17年からあった妊産婦手帳は母子手帳に変わり、母子の一貫した健康記録としての意義づけがなされた。これは、その後何度か改訂され、現在の母子健康手帳につながっている。昭和22年、厚生省に児童家庭局が設置され、そこに母子衛生課（現在の母子保健課）が設けられた。児童福祉法、保健所法、予防接種法等の基本的公衆衛生法規が整備された（昭

和22～23年)。戦中戦後の食糧事情の悪さは、子どもたちの体格の低下をもたらしたが、昭和25年頃より再び体位の向上が毎年認められるようになった。戦後しばらくは、栄養失調、急性感染症、結核等が小児の健康を脅かす主要な要因であった。昭和36年、三歳児健康診査が開始され、幼児期の健診の要としての役割を果した。この年、猛威をふるっていたポリオ制圧のため生ワクチンの経口接種が開始され、大きな成果をあげるきっかけとなった。昭和40年に母子保健法が公布され、わが国の母子保健対策基盤が確立した。その後は、母子の健診体制の整備、乳児健診の公費負担制度、各種疾病対策、先天性代謝異常症のマススクリーニング、B型肝炎母子感染防止事業等、きめ細かな母子保健対策が実施された。他方、周産期医療、新生児医療の進歩も目覚ましく、乳児の健康状態の国家レベルでの指標である乳児死亡率は低下しつづけ、昭和63年（1988年）には出生千対5を割り、世界でも最低レベルに達した。

C．母子保健の新たな時代へ

現在の母子保健の課題としては、少子化に対応した「健やかに生み、育てられる環境作り」、「養育体験不足に起因する親の育児不安への支援」、「心身の健康づくり」、「小児期からの生活習慣病の予防」等多彩である。上述のごとく地域保健対策の抜本的見直しが行われ、母子保健法が改正され、従来都道府県が担当していた母子保健事業の大半が平成9年度より住民により身近な市町村に移譲されることとなった。これらには、妊産婦や乳幼児の健康診査、妊婦・新生児訪問指導等が含まれ、都道府県の保健所に残される機能としては未熟児に関する保健サービス、養育医療、育成医療、小児慢性特定疾患治療研究事業等比較的専門的な事業の一部のみとなる。このように、母子保健は新たな段階に達し、地方の時代になったともいえるであろう。

2．母子保健施策の理念

以上のようなわが国における母子保健の歩みを見てみると、現在の国民の置かれた状況と今後の方向性を考慮し、今後の母子保健はどのような理念に基づくべきであるかが問題となる。

A．子育て支援の中心的役割

戦後のわが国にて輝かしい展開を見せてきた母子保健施策の基本の柱は、保健指導、健康診査、医療援護であった。取り組みの姿勢としては二次予防的、すなわち疾病・異常の早期発見と早期対応であった。栄養不良、発育不良、感染症等が主要な健康問題となっている社会の状況では、極めて適切な方針であったといえる。きめ細かな健康診査の体制により、乳幼児期から心身の発育発達についてスクリーニング検査が実施され、すくい上げられた異常に対しては適切な保健指導がなされ、医療機関等における精密検査が勧められる仕組みが発達した。健康診査のスクリーニングとしての機能は今後とも必須なものである。しかるに、時代の変化とともに現実の健康診査の場面は、疾病・異常の早期発見以外の機能、すなわち育児についての相談・支援、子の親同士の交流による育児機能の強化等の重みが次第に増してきている。子育てをしている親自身の価値観も変化し、健康診査や専門家に対するニーズも変化してきている。例えば、思春期男女へ親になること(parenthood)へのふれあい体験学習等を通じた支援、子どもの生活環境の開発や健全な心の育成、子育てを行う両親への支援等である。これらに共通するのは、子どもを産み育てる環境の整備ということであり、そのような環境を実現すべく行う支援が施策の中心的課題となる。

B．疾病指向型から健康指向型へ

従来、母子保健施策における健康診査の主眼は二次予防、すなわち疾病や異常の早期発見・早期対応にあったことはすでに述べた通りである。疾病構造の変化や人々の生活状況、価値観の変化等は、今後の世の中におけるより豊かな生活を指向させ、母子保健の目的にも変化を生じせしめた。疾病の予防のみならず、より積極的な健康レベルの獲得、言い換

えるなら、体力、生活能力、豊かな心、さらには幸福感の実感等を包含する内容をもったものとしてとらえることを提起していると考えられる。健康のレベルは個人個人によってさまざまであり、その人なりの健康という意味あいで個別に維持と増進が考えられるべき時代にきている。このことは、たとえ障害を有する状態でも、その人のもつ力を発揮することにより生活の質を満足のゆくレベルにまで高めることを健康ととらえることをも提起している。周囲の人々や組織は、そのための条件整備に手を貸し、自立のための支援をすることが求められており、そのことが21世紀の社会を築くうえで重要な条件となっている。

今後の母子保健施策においては、住民の生活の実態を把握し、人々の生活全体を見直す等ヘルスプロモーションの考えに則って、生涯を見通した健康づくりを支援する等、疾病指向型から健康指向型の施策に転換を図ることがポイントであると思われる。これらには母性の健康、子どもの健全育成をも包含し、これらの実現のための生活環境の向上をも視野に入れた総合的施策である必要がある。

C．福祉・教育との連携

人々の暮らす社会の状況が高齢化、少子化等の傾向が強まり、家族の形態も核家族化傾向が強まってきている。このような状況下での人々のニーズは、保健、医療、福祉等の広い領域にまたがる総合的なものになりつつある。

歴史的には、福祉は恵まれない(ある程度特定の)人々の救済措置としての意味をもったが、老人保健の展開の過程で福祉とのかかわりが拡大し、今や老人保健・福祉は一体のものとしてとらえられることが多くなった。ある意味で、特定のだれかではなく、地域の住民全体の生活の向上を図ることや住民全体のニーズへの対応を考慮に入れたサービス活動が求められているともいえる。

母子保健の分野においても、児童福祉との連携が強調され、個々の住民への総合的なサービスが提供されることが求められているといえる。

生活習慣の積み重ねが将来の個人の健康状態に大きなかかわりをもつことが明らかにされ、生涯を通じた健康づくりが、学校保健の大きなテーマとなっている。このような観点で、母子保健あるいは地域保健と学校保健の地道な交流等の連携の重要さが指摘されている。改正された母子保健法では学校保健との連携についても明記している。

このように多方面にわたる施策やサービスを効率よく住民に提供するため、保健・医療・福祉および教育関係者の連携が大変重要である。

3．児童家庭施策の基本理念

児童や家庭を取り巻く環境の変化や国際的動向を踏まえ、21世紀をにらんだ児童家庭施策のあり方に関する検討が厚生省児童家庭局長の研究会「たくましい子ども・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた地域社会をめざす21プラン研究会」(略称「子どもの未来21プラン研究会」)のもとで平成4年10月から行われ、平成5年7月末に局長あてに報告書が提出された。そのなかで、今後の児童家庭施策の基本理念が示されたので、各項目毎に紹介しながら考えてみたい。

A．児童家庭施策の普遍化

児童福祉法第一条は「すべての国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。」と定めている。

従来の「児童福祉」は、要保護児童、母子家庭等に対する対策を中心に出発した経緯もあって、主として家庭の養育機能を代替する二次的な施策を中心として実施されてきた。

しかし、今日では一般の児童、家庭においても種々の問題を抱えるようになってきているので、「今後の児童家庭施策は、従来のように特定の児童・家庭のみを対象とするのではなく、すべての子どもの健全育成を対象とすると同時に、子どもの生活の基盤である家庭やそれを取り巻く地域社会をも視野に入れ

て対応していく必要がある。」としている。これは、従来の児童福祉の概念の再検討を求めていると同時に、家庭の機能に新たな希望をこめた児童家庭福祉という方向への施策の展開を目指していると受け取れる。

B．子育てに関する家庭と社会のパートナーシップ

児童福祉法第二条においては「国及び地方公共団体は、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。」と規定されている。

従来、児童の養育は専ら家庭の責任であるとされ、家庭の養育機能が欠けた場合にはじめて事後的に責任を負う形で対応がとられてきた。

しかし、子どもが将来の社会を担う存在であることや家庭や地域社会における育児機能の低下などを考えると、子育てに関しては、保護者（家庭）を中心としつつも、家庭のみにまかせることなく、国や地方自治体をはじめとする社会全体で責任をもって支援していくことが必要であるという認識が生じた。これを言い換えると、標題にあげた「子育てに関する家庭と社会のパートナーシップ」ということになる。

C．権利主体としての子どもの位置づけ

「児童の権利に関する条約」は、子どもの保護に関する親、国、地方自治体および社会の共同責任とともに、「権利行使の主体としての子ども」という視点を打ち出している。

「児童家庭施策を推進し、個別の援助を進めるに当たっては、最大限、子どもの意見も反映する努力が必要であり、さらに、自己の意見を表明する力の弱い子どもたちについても、そのニーズに添つた「児童の最善の利益」にかなうサービス提供がなされる体制を整備すべきである。」としている。

また、「子どもの『健全育成』を図っていくに当たっては、子どもを一定の方向に導いていくという側面のみを強調するのではなく、子どもが生まれながら有している成長、発達の可能性を最大限発揮できるように支援していくという視点が重要である。」という点も補足している。

D．家庭・地域社会を基盤とする多様かつ総合的な施策の推進

「児童家庭施策の対象が、すべての子ども、家庭、地域社会に拡大していく中で、可能な限り子どもが生まれ育ち生活する基本的な場である家庭・地域社会において育成されるよう、必要な施策を予防促進的に展開していくことが求められる。

また、子どもや家庭に関する支援策の内容や提供形態は、『最低限の画一的サービス』のみから『高品質の多次元的サービス』へと広がりをもたせることが必要である。つまり、特定の価値観や家庭像を前提として『サービスに子どもや家庭を合わせる』のではなく、多様な子育ての姿を認めた上で、『子どもや家庭のニーズに合わせる』ことが求められているといえる。

さらに、児童家庭施策は、従来の枠組みを広げ、教育、労働、住宅等他分野の施策との連携を強化するとともに、その実施体制は、老人、身体障害者にかかる施策との整合性も勘案しつつ、住民に最も身近な地域（市町村）を基盤として総合的・計画的な推進が図られるようにしていくことが必要である。」としている。

4．母子の保健と福祉の連携

以上により、母子保健、児童福祉それぞれに対象となる国民の生活や健康の状況の変化、社会背景の変化に伴い、従来の枠組みでとらえることが困難な状況となってきたこと、そして、新たな時代に向けての方向性としては双方に共通性が認められること等が見えてきた。すなわち、母子保健も福祉もいずれも、①最低限のレベル保障の段階からより質の高いサービスの提供の段階に入ったこと、②家庭の機能を重視すべきこと、③家庭・地域との連携が重要であること、④住民の個別のニーズに対応したきめ細かなサービスが求められていること、といった視点で今後の行政施策を考えていることが注目される。住民サイドから見ると、保健と福祉のサービスの境

界がはっきりしなくなってきたという側面もある。このような状況を考えると、実際に各サイドでサービス活動を展開する場合にどうしても連携・協調せざるを得ないのではないかということは自ずと理解できることである。

それでは、連携の内容としてはどのようなことを考えておけばよいのであろうか。基本的には互いに他のセクション(保健は福祉、福祉は保健の各担当)の業務について理解をしておくことである。将来的には業務の上で整理統合できる部分は行政事務として淘汰されることもあろう。もう一つ重要なことは、双方の担当者同士の顔がつながっていることである。互いに顔見知りで、気軽に声をかけ合える関係ができていることである。さらに、住民側からの保健福祉サービスについての受け手としての意見がフィードバックされる機構がうまく作用することも重要である。そして、住民の声を元にサービスのあり方について柔軟に対応する工夫が図られることや改革につながる提案が行われるような仕組みも必要であろう。

おわりに

平成9年度からの母子保健事業の市町村委譲に伴い、対人保健サービスのほとんどと福祉サービスの実施主体は市町村に一元化されることになる。各自治体の事情により、その展開の仕方にはいろいろなバリエーションがあることであろう。連携といってもそれほど簡単に実行できることではないということもまた真実の一面かもしれない。個々の地域での実践を積み上げ、事例集のようなものを持ち寄り学習することも有用かもしれない。2～3年後に改めて保健と福祉について検討するともう少し具体的な問題点が明確になることかと思われる。地方の時代がどのような母子保健・福祉行政の創生を生むのか、期待しながら見守りたいと思う。

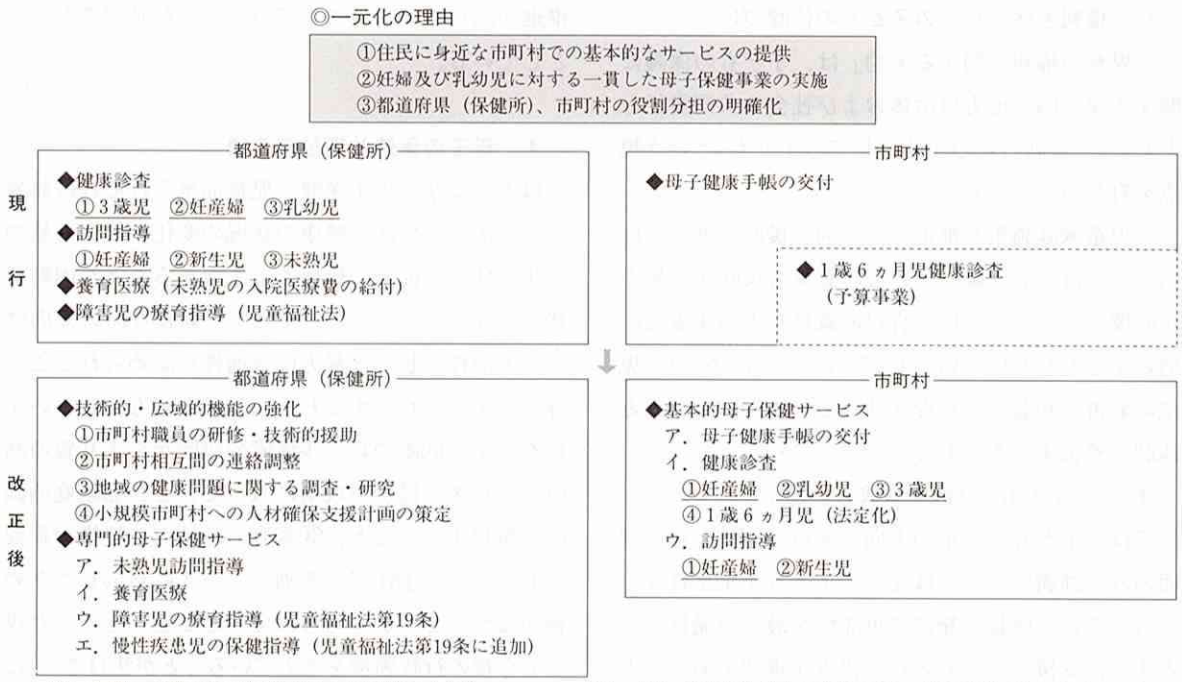
＊参考文献

(1)厚生の指標、臨時増刊「国民の福祉の動向」、第43巻、第12号、1996

(2)日本総合愛育研究所　子ども家庭サービス教育・研究ネットワーク編：子ども家庭施策の動向〈別冊発達21〉、ミネルヴァ書房、京都、1996

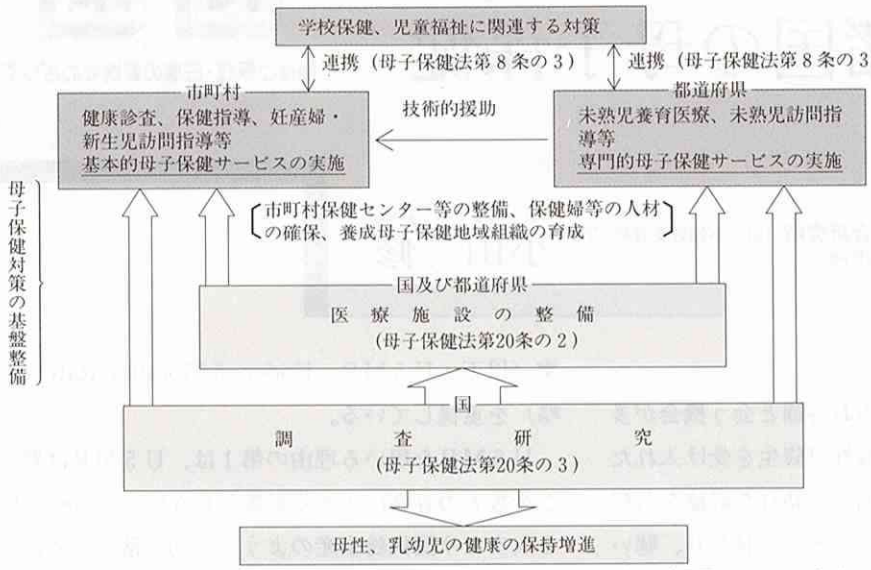
(3)厚生省児童家庭局母子保健課監修：わが国の母子保健－平成8年－、母子保健事業団、東京、1996

図1．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　　厚生の指標　臨時増刊「国民の福祉の動向」（第43巻第12号　1996年）による

図２．母子保健行政の新たな推進体制



厚生省児童家庭局母子保健課監修　わが国の母子保健－平成８年－　母子保健事業団、1996　による

表１．母子保健法第八条の三

（連携及び調和の確保）
都道府県及び市町村は、この法律に基づく母子保健に関する事業の実施に当たっては、学校保健法（昭和33年法律第56号）、児童福祉法その他の法令に基づく母性及び児童の保健及び福祉に関する事業との連携及び調和の確保に努めなければならない。

表２．主な母子保健施策　（年次別）

厚生の指標　臨時増刊「国民の福祉の動向」（第43巻第12号　1996年）による

大正５年	(1916)	保健衛生調査会設置	49	(1974)	小児慢性特定疾患治療研究事業
昭和９年	(1934)	恩賜財団母子愛育会設立、愛育班活動	50	(1975)	母子保健・健全育成住民会議
12	(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	52	(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
13	(1938)	社会事業法			
15	(1940)	乳幼児の健康診査や保健指導の全国実施（国民体力法）			
17	(1942)	妊産婦手帳制度の創設	54	(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
22	(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			
23	(1948)	児童福祉法施行、妊産婦・乳幼児の保健指導、母子衛生対策要綱	55	(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
26	(1951)	身体障害児の療育指導	59	(1984)	周産期医療施設整備事業、健全母性育成事業、神経芽細胞腫マス・スクリーニング
29	(1954)	育成医療			
33	(1958)	未熟児養育医療と保健指導、母子健康センターの設置	60	(1985)	Ｂ型肝炎母子感染防止事業
			62	(1987)	１歳６ヵ月児精密健康診査
36	(1961)	新生児訪問指導、３歳児健康診査	63	(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）
39	(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に改組	平成元年	(1989)	思春期クリニック事業
40	(1965)	母子保健法公布、母子栄養強化対策	2	(1990)	３歳児健康診査の充実（視聴覚検査）、地域母子保健特別モデル事業の実施、主婦等を対象とした保健福祉教室の開催
41	(1966)	母子保健法施行			
43	(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	3	(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）
44	(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			
45	(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	4	(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
46	(1971)	心身障害の発生予防に関する総合研究、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	6	(1994)	病後児デイサービスモデル事業、小児慢性特定疾患児手帳の交付事業
			7	(1995)	エンゼルプラン（緊急保育対策等５ヵ年事業）、子どもにやさしい街づくり事業（産後ケアを含む）
47	(1972)	慢性腎炎・ネフローゼ治療研究、小児ぜんそく治療研究、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	8	(1996)	周産期医療対策（システム、運営費）、乳幼児発達相談指導事業、生涯を通じた女性の健康支援事業、都道府県母子保健医療システム整備
48	(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			

日本と世界の比較からみる母子保健

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

アジア諸国の母子保健

日本子ども家庭総合研究所（旧日本総合愛育研究所）
母子保健部　部長代理
小山（おやま）　修（おさむ）

はじめに

ここ20年の間、海外からのお客様と会う機会が多くなった。筆者のみならず海外研修生を受け入れたり、観光のためにアジアの国々を訪れた経験をお持ちの本誌読者も多いであろう。そこで見たり、聴いたりした事柄は、国や場所によって、あるいは世代によって、さまざまな印象や感想を抱くようになる。ある人は貧しいと、ある人は戦後の日本と似ていると、そしてある人は笑顔がすばらしい等など。

ところで、筆者は必ずしもアジアの母子保健に精通しているわけではない。1989年から6年間、アジア5ヵ国の医師（行政官）を対象にした母子保健の国際研修に従事した経験と、ＮＧＯや調査研究のメンバーとして、それもごく短期間で途上国を訪問した経験があるだけである。その外は、国際協力事業団（ＪＩＣＡ）を始めとする海外からの研修生や、国際協力から帰国した友人たちなどから得た情報である。

1．アジア諸国の母子保健

(1)児童の健康－5歳未満児死亡率(U5MR)－

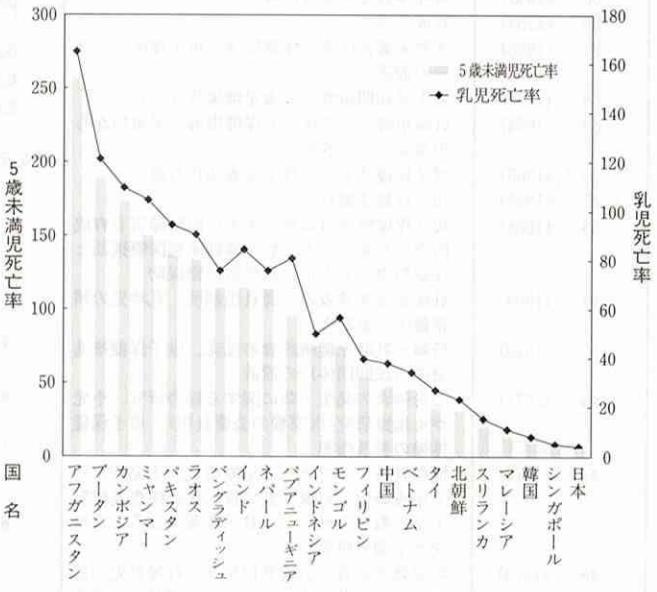
図1は、アジアの国々の5歳未満児の死亡率（出生1000人当たりの5歳になるまでに死亡する数）と乳児死亡率を示したものである。順位は左から5歳未満児死亡率の高い順に並べられている。

地域比較をする際は、一般に乳児死亡率を用いるが、国連機関ではむしろ5歳未満児の死亡率（以下、U5MR－Under-5 Motality Rate－と略）を重視している。

U5MRを用いる理由の第1は、U5MRは豊かな少数者の存在に大きく影響されないこと。例えば、1人当たり国民総生産のように平均の落とし穴に陥る危険がない（貧富の差が大きいことも開発途上国の特色である）。第2に、子どもを取り巻く環境の全体としての安全性など（例えば、母親の栄養状態、予防接種率、母子保健サービスの有無、家族の所得、安全な水など）の多様なインプットがもたらす結果を示すものであること。第3に、開発過程の最終的結果を示す点である。

これに対して乳児死亡率は、1歳までの乳児の生

図1．5歳未満児死亡率と乳児死亡率（1995）



存と母体の健康状態、家庭の養育条件などの影響とでみる限りにおいては有効であるが、栄養状態や安全な水の確保が不十分な途上国では、下痢や伝染病などで死亡する確率が１歳以降でも極めて高いためである。

図１でわかるように、アフガニスタンをはじめ、カンボジア、パキスタンなど、現在あるいはつい最近まで、内戦や他国との戦争をしていた国々が多い。また、争いのない国であっても国の社会資本整備が不十分なため、指標改善のスピードが非常に緩慢である。

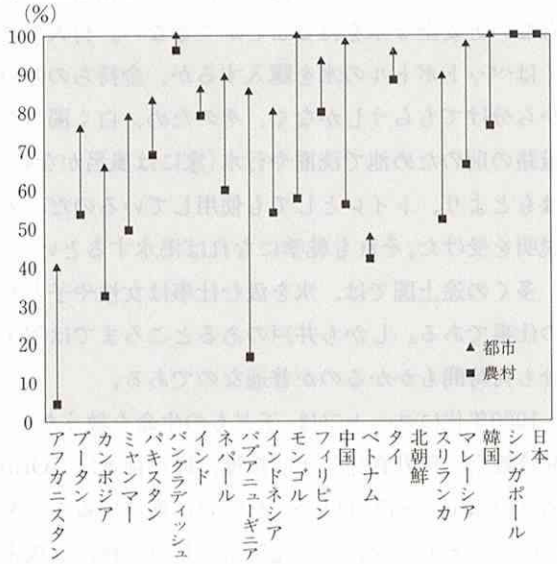
(2)児童の死亡原因

子どもの健康問題は、①下痢、②マラリヤ、③急性呼吸器疾患、④栄養不足などである。この他問題になっている疾患に、ヨード不足による甲状腺腫の罹患などが内陸部の国や農村部で問題となっている。これらの健康問題は、先進工業国では予防・治療対策が確立されている疾病であり、高度な医療施設や技術を要しない。むしろ十分な栄養と安全な水が確保されているだけで、多くの子どもの命が救える疾病が多い。しかし、現実には政治基盤の不安定さや、国家予算の軍事費の占める割合が高いなど、保健・衛生施設や教育施設などの社会資本整備が遅れている。加えて開発は都市中心になり、圧倒的多数が住んでいる農村部の開発までは手が回らない、というのが多くの途上国が抱える問題である。

①栄養

子どもの死亡率に比べ、栄養に関する統計は十分ではない。1990年から1996年までの統計では、統計のある国のうち、パキスタンの０～３ヵ月の乳児で母乳の割合はわずか16%、６～９ヵ月の乳児では母乳と補助食品によって栄養をとっている割合は31%、しかも20～23ヵ月でも母乳を継続している割合は56%となっている。同様に、フィリピンを例にみると、各々33%、52%、18%と同じ途上国でも大きな差がある。このことは、母親も子どもも十分な栄養確保の困難性を示しているといえよう。母乳によって育

図２．安全な水を入手できる比率（1990～1996）



てられた子どもでも、生後数ヵ月程度は身長、体重の発育曲線が先進国と同様な上昇をみるが、次第に発育曲線は横ばい状態になり、発育格差が広がってくることが知られている。

②安全な水

開発途上国の子どもたちの多くは、人間の基本的生命維持に必要な安全な水さえも手にいれることができない。このため、コレラ、赤痢、腸チフス、パラチフスなどの水系消化器系伝染病や、寄生虫に侵される危険性が極めて高い。

図２は安全な水を入手できる人の割合を示したものである。内戦の続くアフガニスタンは全国平均で12%、カンボジアは36%である。しかも、これは平均であって農村部では都市部と比較するとさらに低くなる。

筆者は、数年前ＮＧＯのメンバーとしてインドネシアの農村を訪問したとき、変わった風景を目にした。梯子が土手から川（実際はため池）の中までかかっているのである。それも川への階段がないのなら分かるのだが、実は立派な階段があって、そこでは女性が洗濯をしている。現地に滞在した経験をもつ友人の説明では、その梯子は用足し（トイレ）に使うのだと言う。その地域は海に近いため、浅い井

戸では海水が湧き出る。従って、井戸は相当深く掘らないと安全な水を得ることができない。村人の多くはペットボトルの水を購入するか、金持ちの井戸から分けてもらうしかなく、そのため、白く濁った道路の前のため池で洗濯や行水(家には風呂がない)はもとより、トイレとしても使用しているのだ、と説明を受けた。それも乾季になれば渇水するという。

多くの途上国では、水を汲む仕事は女性や子どもの仕事である。しかも井戸のあるところまでは何十分も何時間もかかるのが普通なのである。

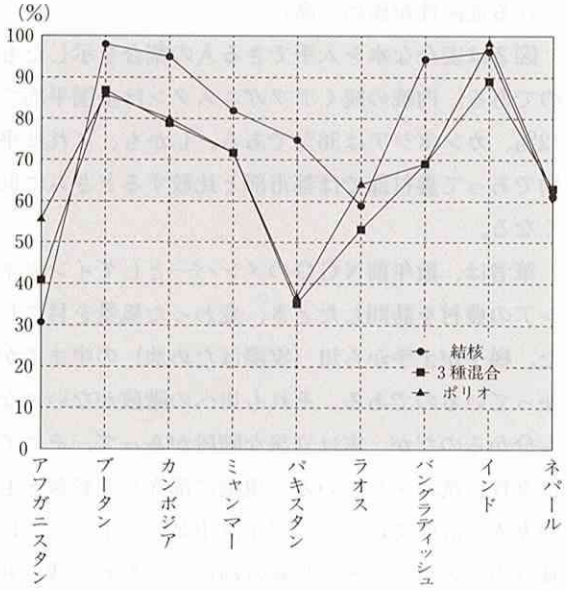
1980年代にユニセフは、子どもの生命を救うため、発達観察、母乳育児、予防接種、経口補水塩（Oral Rehydration Salt, ＯＲＳ）を強力に推進することを提唱（子どもの成長と発達革命）した。特に５歳未満児の子どもの下痢の治療方法としてＯＲＳの普及にも力を入れている。塩またはそれに替わる溶液の入ったＯＲＳは、脱水症状を起こしている子どもが失った塩分と体液を補給できる効果があり、１袋12円程度で入手できる。

③感染症

アジアの開発途上国の国々では、日本ではわずかな発症しかみられない破傷風などの多くの感染症によって死亡する子どもが多い。

図３は各国の１歳児の予防接種を受けた比率を示したものである。アフガニスタンでは結核が３人に１人、３種混合が３人に２人、今世紀中に地球上から撲滅しようとしているポリオでさえも２人に１人程度である。

図３．１歳児の予防接種率（1992～1995）



(3)女性の健康

途上国の女性がおかれている条件は、非常に厳しい。かつての日本のように男性に依存せざるを得ない状況にある。さらに、国によっては宗教や慣習上の制約も受ける。

結婚年齢の低さからくる若年妊娠、多産や望まない妊娠、あるいは重労働や栄養不足からくる貧血、早産、妊産婦死亡、乳児死亡などの女性をめぐる問題は、単一的、対症療法的な方法では解消しえない。子どもの数や乳児死亡の多さを指摘して、「死ぬから生むのか、生むから死ぬのか」ということが言われるが、単に家族計画や母子保健サービスのみを注目するのではなく、女性のおかれた環境や条件の全体を考えたうえで進めなければ効率的援助や開発とはなり得ない。

このため、国連では「女性の自立」に焦点を当て、母子保健、家族計画、識字、経済的自立（男性からの）、社会的地位の向上・発言権の確保などを推進している。

２．途上国の児童・母性を取り巻く課題

途上国の子どもや女性を取り巻く環境は、複雑な要因が絡み合っている。健康問題は、かつての日本と同様に無知→貧困→病気の図式が成立する。さらにこれに性差（ジェンダー）が影響を与えている。

(1)貧困

貧困対策には、雇用の拡大が必要である。しかし、多くの国々は自然への依存度が高いため、干ばつ、洪水などの影響を受けやすい。また、地主制度が現存したり、制度がなくとも家族の病気のために農地を売り、結果として小作人にならざるを得ないケー

スも少なくない。このため女性や子どもも都市へ働きに出されたり、売られることさえある。加えて、水害、干ばつなどの打撃を受ければ、農村から都市へと人口が流出し、これがスラムやストリートチルドレンを生むことになる。

(2)疾病

高度医療よりも後述する基本的な保健活動（プライマリ・ヘルス・ケア）が必要である。

多くの途上国の疾病は、高度な教育を受けた専門家による治療を要する疾病よりも、短期間の教育を受けたヘルスワーカーによる初期手当で治癒する疾病が多い、と言われている。例えば、かつてアジアの国々の農村部では伝統的な出産介助人（Traditional Birth Attendance, ＴＢＡ）と言われるとりあげばあさん・とりあげじいさんによって出産が行われ、消毒不十分な竹製のナイフや鋏などで臍帯切除がされていたため、母児は常に破傷風の危険にさらされていた。アジアの中でも比較的指標のよい途上国では、無資格のＴＢＡに対して研修を義務づけることによって、安全な出産を行えるだけではなく、破傷風の予防と減少にも効果をあげている。

(3)識字

識字率の向上は、男女を問わず重要な要素である。多くの国の農村部では、子どもの数に比べて学校や教師の数が少なく、午前と午後の２部制を導入している国もある。子どもたちは何時間もかけて学校に通う。それでも学校に行けるのは良いほうで、家内労働や一家のために就学ができない子ども、就学しても中途退学を余儀なくされる子どもが多くいる。特に、女性に対する無理解（未就学、あるいは教育の中断）は、国々の前進を阻害している。

(4)雇用

母子保健の課題でも触れたように、十分な食糧や現金収入を得られるような雇用対策が重要である。必要な食糧が得られればかなりの疾病から免れるし、さらに現金化が可能な農産物が得られれば、子どもの教育や医療費の支払いも可能である。バングラディッシュでは「ショミティ」といわれる農民の相互扶助組織をつくり、お互いにわずかなお金を出し合い、それをメンバーに貸し付けあうという、日本でいう無尽講に似た活動を行っている。彼女たちは、鶏を購入して卵を売るとか、手芸や裁縫のために中古のミシンを購入するとか、自立の手立てを女性同士が共同で考え、全員の合意が得られれば実行に移される。この方式は、男性よりも返還率がよいことから世界銀行や自国の銀行でも低利での貸し付けを始めているという。

３．対策－プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)－

国際協力や当該途上国の保健・医療活動のキーワードは、次に述べるプライマリ・ヘルス・ケアである。

「プライマリ・ヘルス・ケアとは、地域に住む個人や家族があまねく受け入れられる基本的なヘルス・ケアのことであり、それは住民の積極的参加とその国でまかなえる費用で運用されるものである。プライマリ・ヘルス・ケアは、それが核となって構成されている国のヘルス・ケア・システム及び地域全般の社会・経済開発などの一つの必須部分をなすものである。」

これは、1978年にＷＨＯ・ユニセフなどの主催で、現在のカザフ共和国（旧ソ連）において開催されたプライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議において提唱されたアルマ・アタ宣言の一文である。

途上国の専門家はもとより、海外援助に携わる人々も、以下に述べるＰＨＣの活動原則や、表１の基本的な活動項目を学び、当該国の状況に応じた目標を立てて活動を行っている（ＰＨＣの原則は、途上国だけではなく日本にも当てはまるので、保健福祉活動の見直しや見通しを立てる際の指針として活用してほしい）。

(1)住民参加

前述したショミティやインドネシアのＰＫＫ（家庭福祉運動）、タイのビレッジ・ヘルス・ボランティアなど、日本と類似した住民組織もある。住民参加

は、単に行政サービスの浸透や専門家の補助として活用するのではなく、計画の立案、実施、管理、評価までの過程で、人々の参加を得ながら展開することが必要である。

(2)ニーズ指向性

高額な費用がかかる医療整備よりも、人々の身近な場で入手可能な基本的な保健サービスを提供し、また人々もまた自分たちで保健ニーズを発見できるような健康教育が必要である。インドネシアでは、ポシアンドゥという総合保健サービス拠点があり、家族計画、母子保健、栄養、予防接種、下痢対策などのサービスの提供が得られる。ここでは、保健所職員とＰＫＫのメンバーによって支えられ、村民の社交場のような雰囲気のなかで、村民同士の情報交換や具体的な保健ニーズを表明する場にもなっている。

(3)地域資源の有効活用

前述したＴＢＡの教育が端的な例である。ＴＢＡでなくとも教師、宗教的な指導者（タイでは、末期エイズ患者のホスピスを僧侶が行っている）、その他の有力者（地主などのオピニオンリーダー）などの活用である。人的資源以外にも、農産物、土地、建物、河川、森林などさまざま資源がある。例えば、共同農地や河川で現金化できる作物栽培や養殖を行うとか、余った作物を共同倉庫に保存して収穫の少ない家庭に貸し出したり現金化する方法（タイ）などである。資源の有効活用は、大規模でなくてよい。そこにある資源をいかに活用するかを人々に動機づけすることが大切である。

表１．ＰＨＣの基本活動項目

１．健康教育
２．水供給と生活環境
３．栄養改善
４．母子保健
５．家族計画
６．予防接種
７．感染症対策
８．簡単な病気の手当てと基本医薬品
９．女性の福祉
10．障害者対策
11．精神保健
12．老人保健
13．歯科保健
14．中毒と環境汚染

(4)各分野との協調と統合

すでに述べたように途上国が抱えるさまざまな問題は、保健分野だけでなく教育、福祉、労働、産業・経済などの他分野と密接不可分な関係にある。車が通れる道路があれば、収穫物を市場に運搬できるだけではなく、基本的な保健サービスが受けやすくなる。また、同じ分野であっても人口対策や感染症対策、母子保健対策がバラバラであってはならない。

(5)適正技術

コンピュータ付きの医療機器よりも、その国で入手可能で、活用できるマンパワーがいることが必要である。例えば、立派なポスターやパンフレットを作っても人々が字を読めなければただの紙である。

おわりに

問題を中心に述べたのでネガティブなイメージを与えたかもしれない。しかし、かつての日本も同じように途上国だったことを忘れてはならない。途上国の人々は、日本で問題になっている家族の絆を大切にし、たくましく、したたかに生きている。工業化イコール幸福という図式を描いてきた戦後の日本は、発展過程で失ったものを途上国の人々から思い起こさなければならない。富と貧困という上下関係や妥協関係でかかわるのではなく、途上国と同じ地平にたって相互に創造的関係を切り開いていかなければならない。そこに国、民族を超えた〝分かち合う〟ことの意味があるからである。

＊文献
(1)ユニセフ（国連児童基金）著、ユニセフ駐日事務所訳：世界子供白書1997、1996、ユニセフ駐日事務所
(2)松田正己・島内憲夫編著：みんなのためのＰＨＣ入門、1993、垣内出版

日本と世界の比較からみる母子保健

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

世界各国の十代の妊娠、出産、避妊、中絶

㈳日本家族計画協会　クリニック所長　北村邦夫（きたむらくにお）

十代の性

十代になると性的描写の多い情報にさらされる機会が増えるとともに、性的な関心が急激に高まってくる。同僚や先輩などのセックス経験を身近に感じとり、自分ばかりが取り残されているかのような不安を募らせ、安易な性行動に走ることも少なくない。いわゆるピア・プレッシャーだ。性行動が活発化する一方、親や教師は、相変わらず「寝た子を起こすな」とばかり、性教育や避妊指導には消極的で、避妊さえ知らないままのセックス。当然の結果としての望まない妊娠、ＡＩＤＳを含めた性感染症（ＳＴＤ）への罹患。なかでも、十代の妊娠・出産については、若き男女が教育や雇用の機会を奪われ、母子の健康が脅かされ、将来に社会的、精神的な禍根を残すことになる。

このような十代の実態を、「世界の若者、1994年」では次のように述べている。

①世界中には、15歳～19歳の若者は約５億人いる。

②世界中には、かなりの数の十代の若者が、早い時期から性的に活発な行動をとっており、しかも、婚前にセックスの行われる割合が増加している。

③性的に活発な十代の多くが、避妊を実行していない。結婚している若者同士でさえも、避妊の実行率は低く、特に発展途上国では、15歳から19歳の既婚女性の約17％に過ぎない。

④1,500万人の十代の女性が毎年出産し、その数は、世界の全出産数の５分の１にも上っている。

⑤発展途上国では、少なく見積もって100万人、おおむね440万人程度の十代の女性が、毎年中絶をしている。これらの中絶の多くが危険な状況下で非合法的に行われている。

⑥毎年、十代の20人に１人がＳＴＤに罹患している。

⑦ＨＩＶ感染者の約半数が25歳以下の若者の間で起こっている。ＡＩＤＳが世界的に問題になって以来、少なくとも600万人の若者がＨＩＶに感染している。

十代妊娠、国際比較

厚生省心身障害研究の一環として、1994年度と1995年度の２年間にわたって、筆者を研究班長とする『十代の望まない妊娠防止対策に関する研究班』が組織された。調査は、国際家族計画連盟（ＩＰＰＦ）の支部167ヵ国を対象に実施され、90ヵ国から回答を得た（回収率53.9％）。これほどに大規模な調査は、世界的にも稀少であり、内外から注目されている。ここではその結果の一部を紹介したい。

１．初交年齢

世界各国の若者が、結婚よりもずっと以前に初めてのセックスを体験している。子どもを持つことで、女性の社会的評価が高まる社会では、結婚前に妊娠することが当たり前になっており、それが妊娠でき

る女性であることの証明にもなる。先進国においては、セックスすることがいい男女関係を築くうえに重要であるという考え方が根強く、結婚時点で処女であることはもはや例外となっている。初交年齢などを正確に把握することは極めて困難であるが、フランスやアメリカでは、20歳から24歳の女性の70%が、20歳までに婚前性交を経験していると回答している（表Ⅰ）。

2．妊娠・出産

大半の国で、日本ほどに信頼のおける人口動態統計が整備されていないために、十代妊娠統計を求めることは至難であった。回答を寄せてくれた国々の中では、全出生数のうち十代の割合をみると、ジャマイカの25%が最も高く、バーバドス21.2%、パナマ、グアテマラ、セントルシア、ポーランドがそれぞれ20.0%。ロシアでは1985年9.1%、1990年13.9%、1993年17.7%と急増している。低率国はオランダ1.5%、日本・ノルウェー1.6%、香港1.9%、デンマーク2.5%、マレーシア2.8%、オーストリア3.0%、ドイツ3.1%であった。

アフリカ、ラテン・アメリカとカリビアン地域の国々では、十代の出生率が極めて高いが、これは早婚が合法化され、若年出産が奨励されている結果である。また義務教育に関する法律が存在せず、女生徒が妊娠した場合、ほとんどの学校が退学処分を行うため、彼女らにとって学校教育を終了する機会は極めて難しくなっている。

一方、アメリカなどでは、結婚前に出産する例が20%を超えており、先進国でも、十代妊娠が増加傾向にある。その理由としては、婚前性交に対する社会規制が緩和されたこと、親から子への管理機能が低下していること、性的描写の多いメディア情報が溢れ、さらにピア・プレッシャーが影響を及ぼしているものと考えられる。このような十代妊娠という深刻な事態が各国で起こっているにもかかわらず、親や教師による避妊教育をはじめとした性教育の立ち後れだけが目立っている。

表Ⅰ．20歳までに婚前性交をした20～24歳女性の割合

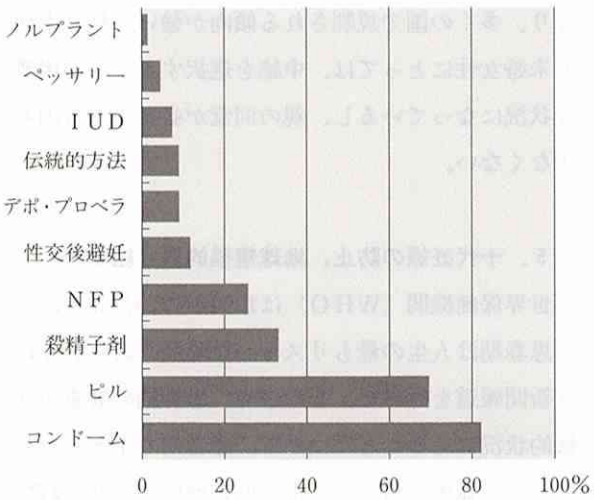
	(%)
カメルーン	40
ナイジェリア	27
ケニア	60
グアテマラ	15
メキシコ	11
コロンビア	22
アメリカ	68
フランス	72
日本	40

3．避妊

未婚の十代の避妊法へのアクセスが法律によって規制されている国は少なかったが、子宮内避妊具（IUD）、ノルプラント、注射法など医療従事者のかかわりが必要な避妊法には年齢制限を設けている国が見られた。コンドームは医師の処方を必要とせず、すべての国において入手可能であり、経口避妊薬（ピル）はおおよそ半数において入手可能であった。また医師の処方によってのみピルが入手できる国にあっては、服用前検査を必要とすることが一般的であった。

若者たちの中で最も広く用いられている避妊法はコンドームとピル、次いで殺精子剤や膣外射精。性交後避妊法が若者の間で使われている国は、わずか12ヵ国で、この世代における緊急避妊法に対する情報不足を物語っている。女性用コンドームは大半の国でまだ普及していないだけでなく、若者には人気

図1．世界の十代に使われている避妊法



がなかった（図1）。

本調査に協力した大半の国では、避妊に関する情報提供が学校における性教育の中で行われていなかった。71の家族計画協会は、学校における避妊教育には、ある種の反発、特に宗教的な見地からの反対意見があると報告している。一方、多くの家族計画協会が、性教育を必須科目として正式なカリキュラムに組み込むこと、厳格な守秘義務、適切なカウンセリングとともにあらゆる避妊法が容易に入手できる、若い世代に理解のあるクリニックを充実させることなどが緊急を要する課題であると報告している。

また、思春期の避妊に関しては、国際家族計画連盟の医学委員会が以下の声明を出している。

経口避妊薬は効果が高く、副作用が少ないために、思春期にとって適切な選択である。低用量ピルが使用されている場合、この年齢層に対する効果と禁忌は、高年齢の女性の場合と同様である。思春期の女子にピルを使用することには、理論的な憂慮があるものの、科学的には立証されていない。特に頻繁に性交をしていない場合、思春期の女子は高年齢の女性に比べて経口避妊薬・ピルをきちんと服用するのが困難であると思われるため、カウンセリングの中で一貫した適切な服用の必要性を強調する必要がある。また、ピルは骨盤内感染症に対する保護効果の可能性があることも、考慮すべきである。

4．人工妊娠中絶

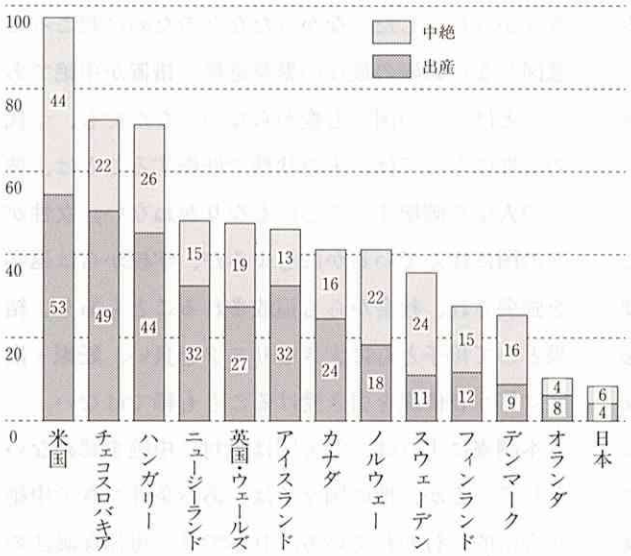
女性にかかわる問題で、古今東西最も議論されているテーマは、やはり中絶に関することではないだろうか。ごく最近、アメリカやフランスでも、プロ・ライフ（生命尊重・中絶反対派）の活動が活発になってきており、アメリカでは過激分子が中絶手術をする医師を狙い、撃ち殺す事件が何件か起きている。ローマ法王の意見を代表とするバチカンの代表団や、イスラム原理主義勢力が、1994年にカイロで開かれた国連主催の国際人口・開発会議で大論争しひんしゅくを買ったニュースは、まだわれわれの記憶に新しい。

1995年の世界統計によれば、全妊娠のおよそ28%が中絶に至っている。アメリカでは、中絶した女性の67%が未婚者で、26%は十代で起こっていると報告している。セックスに際して避妊しなかった、できなかった、したくなかったなどのために起こった意図しない妊娠の最後の緊急避難の措置が中絶であることは、どの国でも変わらない。なかでも、十代の女性にとっては、未婚状態で妊娠することは、彼らの人生を破壊することにもなりかねない。女性がどの国に住んでいるかにもよるが、学校からは退学を強要され、社会からも追放されることもあり、結果として母子ともに大きなリスクを負い、妊娠・出産に伴う合併症を引き受けることも稀ではない。

本調査によれば、22ヵ国は絶対に中絶を認めないとしているが、他の国々では、ある条件つきで中絶が合法的に行われている。日本では、母体保護法の

成立により、中絶の許容条件は、経済条項と母体の健康が著しく損なわれる可能性がある場合、暴行され妊娠した場合、さらに22週未満の妊娠に限られているが、オーストラリアでは原則15週まで、ただし母体の生命を守るため、精神的社会的健康が損なわれる可能性がある場合、胎児奇形が認められる場合には、中期中絶も容認している。オーストリアでは12週までで、14歳以下では親の同意が必要。バングラディッシュは十代の若者の中絶は違法。デンマークは12週までだが、社会的、社会医学的、社会経済的理由や性的虐待、近親姦、レイプ、優生学的な理由があれば中期中絶を容認。イギリスでは２人の医師の同意が必要とされ、女性と胎児の身体的、精神的健康が脅かされる危険性がある場合には24週まで可。ただし生命を脅かしかねない、母体と胎児の重大な身体的、精神的問題がある場合には、妊娠時期の制限なく中絶ができる。フランスは妊娠10週あるいは12週以内の無月経という期間の制限があるが、中絶までの間は医師のカウンセリングを受けるなど１週間の待機が求められている。

図２．15〜19歳の女子人口千対の妊娠率



文献：The Alan Guttmacher Institute

このように、中絶を許容する条件は国によって異なり、多くの国で規制される傾向が強い。特に十代の未婚女性にとっては、中絶を選択することが困難な状況になっているし、親の同意が必要である国も少なくない。

５．十代妊娠の防止、地球規模的取り組み

世界保健機関（ＷＨＯ）は1994年の10月３日に、「思春期は人生の最もリスキーな時期である」という新聞報道を行った。その中で、思春期の健康が危機的状況にあることについて、「思春期の子どもたちは家族や職場にあっては常に低い地位にあり、教育、トレーニング、雇用の機会が決定的に少ないことを挙げている。女子の場合にはさらに悲惨である。子どもとしても大人としても扱われなかったり、彼らが危機的状況から脱して、自身の健康を向上するために必要な専門家の指導やサービス、彼らが同世代の異性や、年上から個人として受けるに足る尊敬を否定されることもある。それが悪循環となって、十代妊娠をめぐる諸問題をつくっている」と指摘している。

さらに、ＷＨＯ、ユニセフ、国連人口基金、その他の国連諸機関と協力している政府の各組織や非政府組織（ＮＧＯ）は、以下の方法で思春期の性と生殖に関する健康を推進すべきであるとしている。

①無防備な性行動、望まない若年妊娠・出産、中絶、ＳＴＤなどを防止するために、若者が特に必要としている情報やガイダンス、ヘルス・サービスなどの提供を国策として決定すること。

②ヘルスケアの計画、評価、実行に際して、若者の問題をも十分に踏まえた行動計画を立案すること。

③教育、訓練、公共への情報提供を通して、思春期のリプロダクティブ・ヘルスを向上させるための方法、物資、財政的基盤を整備すること。

④若者の身体的、社会的発達や行動パターン、若者のリプロ・ヘルスに大きな影響を及ぼす人々の態度や振る舞いに対する理解を深めるための調査研究を推進すること。

⑤若者の健康に大きな影響を及ぼす諸問題について正しい理解をもたらすための科学番組の制作と放映。

おわりに

各国の経験や事例を豊富に得ることは、わが国における十代妊娠を考えるうえで参考になるだけでなく大きな刺激となる。猛スピードで変わっていく日本の社会、また情報のスピードという面からは日に日に狭くなっていく地球では、情報の交換は不可欠である。

結論を急げば、十代の望まない妊娠や中絶を防止するには、やはり教育こそ最大の道であろう。将来を危惧する親たちは、どうしても子どもの欲望や好奇心に目を背け、親子の関係を壊そうとする異性や大人からの誘惑を敵視し、子どもを脅し、叱りつけるが、結果的には子どもたちからの反発を買うことになる。このような考えからすれば、性教育はまさにその親子関係や親の権限を崩す最たるものである。だが、現代の社会ではコミュニティーの存在が薄れるなか、一人ひとりが自由を求め、自分の行動に責任をもって生きていくしかない。精神的にも強く、独立心に富んでいないと、今の社会では通用しないし、真のデモクラシーの実現は図れない。そのような社会に生きる若者たちは、自分たちで物事を正確に判断できる知識が必要となってくる。特にセクシュアリティのように個人差のある問題は、誰が代わりに答えられるだろうか。また、自分の感情がはっきり分析できないと、間違ったアクションを取ることにもなりかねない。知識があればコントロールもきくし、楽しむこともできる。

従来の性教育は、あまりにも内容が乏しかったために、多くの人々に受け入れられてきたとは言えない。大局的にみて、性教育は単に生物学的、または医学的な問題ではない。それは人間が一生成長しながら学ぶものであり、思春期に教わったから良いというものでもない。性教育の前に、他人とどうつき合うか、愛する者にどう意思を伝えるか、過分に自分を卑下したり、または傲慢にならないようにはどうするか、相手への思いやりや愛が本当に意味するものは何か等、大人でも学ぶべき課題が山積している。大人だって、子どもから性について十分学ぶことができる。このように、いわゆる性教育の原点は、人間教育であって、これをいかに正確な情報と絡めて、わかりやすく、またおもしろく調理するかというのが、われわれ指導する側にとっての最大の挑戦である。このように情報網が発達している今日、世界各国の例から学ぶことによって、わが国も大きくこの分野で変貌を遂げなければいけない時期だと考える。

＊参考文献

・Population Reference Bureau and The Center For Population Options (now Advocates for Youth), International Center on Adolescent Fertility, The World's Youth 1994: A Special Focus on Reproductive Health Wallchart, Washington D.C., March 1994

・Sono Aibe and Kunio Kitamura: Study on the Prevention of Unwanted Teenage Pregnancies-Perspectives Drawn from the International Survey, Japan Family Planning Association, 1996

・The Alan Guttmacher Institute: HOPES and Realities, 1995

・The Alan Guttmacher Institute: SEX and AMERICA'S TEENAGERS, 1994

福祉と保健の連携からみる子育て支援

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

未熟児の早期介入(early intervention)にみる連携

聖隷浜松病院　新生児科部長　犬飼和久（いぬかい かずひさ）

はじめに

近年の周生期医療の進歩により1000 g未満の超低出生体重児の生存率は著しく向上し、80%を超えるようになりました。また多数の未熟児の長期追跡調査の報告もなされるようになってきました。小学校入学前の検査で、知能指数が正常で明らかな異常（脳性マヒ、高度の視力障害や聴力障害）のない児の中にも、視覚認知障害や運動機能の面でさまざまな問題を抱えている児の存在が明らかとなってきました。このように極低出生体重児（1500 g未満児）では、発達上のさまざまな問題のほかに親の子どもへの愛情形成に問題を生じやすいので、新たな形での子や親への援助の必要性がでてきました。すでに米国では未熟児に対しての援助として早期介入を行い、その有効性を示す報告がでてきています。

ここでは早期介入について解説するとともに、私たちの施設での経験を報告することにします。

早期介入(early intervention)の概念

小児の早期介入とは、〝生物学的に、あるいは社会的に不利な条件をもつ子どもに対して、比較的早い時期からの援助を行うことによって、より望ましい発達を目指す試み〟であります。発達神経学の領域では、〝生物学的危険因子（未熟児出生や頭蓋内出血など）や環境的危険因子をもち将来発達障害の危険性のある児（ハイリスク児）に対し、その障害を予防したり最小にするために児や家族に働きかけるシステムのプログラム〟とされています。

早期介入の特徴をあげると、特定の機能の改善や発達を目指す狭義の〝治療〟というよりも、全体的な発達を目指すという方向性が強調されています。また、このプログラムで諸問題の解決を計るというよりも、児の発達のための基礎づくりという面が強く、さらに専門家による援助とともに、比較的年齢の近い子ども同士の遊びの経験、および似た境遇にあり、共感しやすい親同士のかかわりの経験を重視しています。また親が他の子どもを見ることを通して、自分の子どもの行動特徴（個性）や発達状況についての理解を深め、その後の子育て上の不安が少しでも軽減されることが期待されています。小さな未熟児の親は、未熟児を産んだことへの罪悪感や、発育・発達への不安をもちやすく、さらにこれらによっていわゆる過保護の子育てになることが少なくありません。したがって早期介入は広い意味において〝子育て支援〟のひとつでもあります。

早期介入の始まるまで

聖隷浜松病院新生児未熟児センターには静岡県西部地域出生の1500 g未満の極低出生体重児の85%近くが入院し、退院後のフォローアップもほぼ100%できています。明らかな障害をもつ児は小児神経外来とリハビリ外来で治療的あるいは教育的プログラムが実践されているのに対して、明らかな障害をもたない児の母親がもつ子育て上の心配事への対応は限

られた外来時間帯ではできず、なんらかの対応を迫られていました。こうした状況のなかで数名の母親が中心となり、図1に示す内容の趣旨で1989年より〝ホッピング・クラブ〟の名称で親子の体操教室を毎月3回（土曜の午後）病院内の体育館を借用して開いてきました。

始めたころは小学校入学前であり、就学の問題が目前に迫ってきたころでした。子育て上の心配事や就学について親同士の話合いが体操教室終了後に毎回行われてきました。この話合いのなかで母親自身の経験からもっと早い年齢からこうした集まりに参加することが良いとの意見がだされ、1993年からは1500ｇ未満の極低出生体重児を中心に1歳半～2歳のクラスを開いてきました。現在ではヒヨコ組（2歳前後～4歳）、幼児クラス（幼稚園児）、小学生クラス（低学年、高学年の2クラス）へと参加者は50名を越えています。また親の会もつくられて、選出された数名の親（会長は父親）と保母と幼児体操教室のインストラクターの経験があり、1500ｇ未満のふたごを子育て中の母でもある先生を中心にしてホッピング・クラブは運営され、現在に至っています。

図1．ホッピング・クラブの趣旨

よ～いドン

聖隷浜松病院新生児未熟児センター（ＮＩＣＵ）出身者による
体操教室　ホッピングクラブ会報誌　No.1
平成2年4月28日発行

ホッピングクラブって何！

私達ホッピングクラブは、ＮＩＣＵ（未熟児センター）出身の子供達が集まって元気一杯、体を動かす場です。

ホッピングクラブが誕生したのは、今からちょうど1年前……それまでは、個人的にお母さん達が電話で悩みをうち明けあったり、それぞれの幼稚園や小学校の情報を交換しあっていました。

とにかく1000グラム以下で誕生してしまった子供達を外の雑菌から守り、元気に育てる事に無我夢中で、必要以上に神経質に大事に大事に育ててきた乳幼児期、その時期の後半にかかった頃から悩みは、食の細さや体重身長の増減以上に、子供達の動作の不器用さによる悩みへと移行していきました。

そうした中で、〝ただ一人だけで悩むより、皆で集まって子供達の体を動かす時間ができたら〟〝いろんな遊びや動きの中で、少しでも子供達がいい汗をかけたらどんなに良いだろう〟という声が集まってきました。

幸い聖隷病院には、りっぱな体育館もあります。

この会を作るにあたっては数々の苦難もありましたが、聖隷病院の関係皆様方の御尽力により、やっと昨年発足することができました。

現在、会員は幼児、幼稚園児から小学校3年生までの約15名とその父母で構成されています。

開催概要は以下のとおりです。（注・この他に規約有り）

開催曜日　毎月第2・3・4土曜日
（希望者は他の土曜日も使用可能）
開催時間　午後3時から4時の1時間
開催場所　聖隷病院体育館
会　　費　毎月2000円（1家族）保険料含む

平成6年度厚生省心身障害研究、慈恵会医大・小児科教授前川喜平を分担研究者とする〝ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究〟の研究班は、研究の一環として〝極低出生体重児の早期介入とその効果〟をテーマに、久留米大学医学部小児科と聖マリア病院新生児センターによるTeeny Angel 、自治医科大学小児科の巣立ちの会、東京女子医科大学母子総合医療センターのスクスク体操教室、日赤医療センターのきらきら星の会、埼玉県立小児医療センターのすくすく外来、松戸市立病院新生児科の親子の会、および聖隷浜松病院のホッピング・クラブの計7施設が独自の研究体制で早期介入の方法と成果についての検討を開始しました。

以下にわれわれの経験を述べます。

対象

ホッピング・クラブにおける早期介入対象児は当院新生児未熟児センターを退院し、明らかな神経学的異常を認めない1500ｇ未満児で、ホッピング・クラブへの参加希望者を介入群に、参加希望の意向はあるものの諸般の事情で参加できない者や参加希望のない者を非介入群に振り分けました。表1に対象の特性を示します。

方法は月3回水曜日午前10時30分から約1時間、病院内の体育館でホッピング・クラブの先生の指導のもと母子が一緒になって、感覚運動的な動作・行動を意図的に取り入れた遊びを行います。しかし、すべての時間が先生の指示によって動くのではなく、介入群の児が自由に動き回れる時間も与えられています。動く能力、物を手で操作し支配する能力等へ

の発達的援助を考え、歩く、走る、ジャンプする等の移動運動や指示によりしゃがむ、あぐらに座る等バランスを保持する能力等を伸ばし、発達の全体的・統合的な促進を計ることを意図したものであります。例えば、歩く運動の場合では最初は母と子が手をつないでゆっくり歩き、次第に速度を速めるとか、その後子ども一人で歩く、さらには歩き方にも変化をもたせ、笛を合図に止まったり、足早に歩くといった内容であります。なおすでにホッピング・クラブで購入してある平均台、マット、跳び箱、三輪車、トランポリン、大きさの異なる3種類のボール等が常時使用可能であり、運動に合わせて適切な遊具が与えられ、また自由時間には子どもたちは各自の好みの遊具で遊びに興じることができます。

介入の評価については、介入前と介入1年後に、児に対しては発達検査（新版K式と津守稲毛式）で、母親に対しては心理状態の変化をアンケートによって前後2回実施して判断しました。

表1—1．対象の特性

（SFD：不当軽量児）

	症例	体重	週数	性	SFD	主な診断名	入院期間
介入群	1	589 g	25週	女		ウィルソン-ミキティ症候群、慢性肺障害	168日
	2	716	27	女	○	ウィルソン-ミキティ症候群、慢性肺障害	112
	3	730	27	女	○	メコニウムディジーズ、慢性肺障害	145
	4	972	25	男		Wet-lung、慢性肺障害	167
	5	1018	27	女		先天性肺炎、メコニウムディジーズ	96
	6	1135	33	男	○	Wet-lung	63
	7	1204	34	男	○	メコニウムディジーズ、尿道下裂	72
非介入群	1	750 g	28週	男	○	呼吸窮迫症候群、慢性肺障害	140日
	2	922	30	女	○	Wet-lung	86
	3	988	26	女		Wet-lung	82
	4	988	26	男		呼吸窮迫症候群、慢性肺障害	162
	5	1128	30	女	○	無呼吸発作	85
	6	1194	29	女		呼吸窮迫症候群、慢性肺障害	73
	7	1296	28	男		Wet-lung	72

表1—2．対象例各々7例の特性のまとめ

	出生体重（g）	在胎期間（週）	介入開始年齢（月齢）
介入群	908±217	28.3±3.4	22.6±3.1
非介入群	1040±165	28.2±3.4	21.2±2.9
	有意差なし	有意差なし	有意差なし

表2—2．早期介入の1年後の効果のまとめ

	新版K式		津守式	
	介入前	介入後	介入前	介入後
介入群	86.9±13.9	81.3±14.2	89.4±12.0	105.0±16.8
非介入群	98.6±4.4	92.3±8.7	108.0±12.0	112.0±6.7
	<0.05	有意差なし	<0.01	有意差なし

表2—1．早期介入の1年後の効果

		発達検査法		新版K式発達検査				乳幼児精神発達診断法（津守式）				
		検査実施時期		平成5．9～1		平成6．11～12		平成5．9～10		平成6．11～12		
	症例	体重	週数	暦年齢	発達指数	暦年齢	発達指数	暦年齢	発達指数	暦年齢	発達指数	参加率
介入群	1	589 g	25週	2歳3ヵ月	79	3歳5ヵ月	66	2歳3ヵ月	81	3歳4ヵ月	100	50.0%
	2	716	27	1 6	113	2 8	107	1 6	100	2 8	88	35.3
	3	730	27	1 8	100	2 8	97	1 8	109	2 7	109	97.0
	4	972	25	1 11	74	3 0	72	1 10	82	3 0	103	70.5
	5	1018	27	1 8	71	2 8	70	1 7	71	2 8	117	67.6
	6	1135	33	2 2	88	3 0	83	2 2	96	3 0	136	85.2
	7	1204	34	2 0	83	3 0	74	2 0	87	2 11	82	76.4
非介入群	1	750 g	28週	1歳6ヵ月	100	2歳7ヵ月	93	1歳6ヵ月	113	2歳7ヵ月	114	0%
	2	922	30	2 0	90	2 9	103	1 11	102	2 8	125	
	3	988	26	2 0	100	3 4	105	2 1	133	3 4	111	
	4	988	26	1 4	100	2 6	81	1 4	100	2 5	106	
	5	1128	30	1 9	95	2 11	94	1 9	100	2 10	116	
	6	1194	29	1 11	100	3 1	82	1 10	95	3 0	104	
	7	1296	28	1 11	105	3 0	88	1 11	113	3 0	108	

結果

表2に示すように、介入開始前の発達検査において介入群の発達指数は非介入群より有意に低値をしめしていたが、1年後も依然低値を示すものの有意の差はなくなっています（介入2年後の効果に関してデータ整理中）。発達の様相

をみますと、表には示しませんでしたが、運動、言語、社会の領域での伸びが顕著でありました。

次に母親の心理状態の変化については、表3に示すように精神・身体上の心配事を減少させるとともに、母親の育児に対する自信を増し、父親の子どもとのかかわりの積極さを増すなどの効果があることが示されています。また自由記載の内容をいくつか表4にあげておきました。

考察

早期介入の有効性については、長期にわたる効果には疑問の余地があるとする報告もあり、また指標として発達指数だけで評価することにも問題があります。われわれの今回の経験からも介入群の発達指数の変化から運動、言語、社会の領域での伸びがみられていますが、こうした変化は自然発達の経過の一面である可能性も否定できません。したがって早期介入の効果をいかに判定するかは今後に残された重要な課題であります。

表3．早期介入による親の心理状態の変化

項目	早期介入群		非介入群
	開始時	1年後	
1．心配なこと			
a．からだのことで心配なことがある	54.2%	36.4%	41.7%
b．精神面で心配なことがある	37.5	18.2	25.0
2．私(母親)は育児への自信をもっている	45.9	72.8	50.0
3．父親は子どもの相手をすることに積極的である	58.4	72.8	50.0
4．私(母親)の育児を父親は安心してみていると思う	87.5	100.0	83.3
5．父親に子どもをまかせられる	91.7	90.7	83.3
6．子どものことは自分にしか分からない	58.3	63.6	8.3
7．困ったり、心配なときに相談できる人			
a．医師	50.0	63.4	25.0
b．保健所・保健センター・児童相談所など	12.5	27.3	8.3

表4．介入群の母親へのアンケート結果

1)同じ未熟児を持つお母さん達と育て方や悩みについて話せる場ができた
2)子供と2人きりで家にいるよりも、ここに来ると気が晴れる
3)過保護にしていたが、多少危ない事でも子供のやる事を遠くから見守れるようになった
4)他の子供から刺激を受けてよく動くようになった
5)広い場所で、のびのび遊べる事が出来て喜んでいる

極低出生体重児をもつ母親の多くは、普通に生まれた子どもと遊ばせる際、年齢を聞かれ体格や発達が他の子どもに比較して見劣りするため外へ連れ出すのを嫌がったり、過保護・過干渉の傾向が強いように思われます。したがって児はさまざまな経験と学習する機会を十分に与えられていない可能性があります。早期介入はこうした環境のもとにいる母児にともに遊ぶことの楽しさを体得してもらい、児には他の子どもたちと接することで社会性を経験する場を提供することにもなります。さらに同じ境遇にある母親同士が心の悩みをうちあけ話し合える友や場を提供する役割もあります。早期介入が少なくとも母児が楽しく遊びながらいろいろな経験を積み、児の社会性を促し、幼稚園や学校生活で一般の子どもたちとの生活がスムーズにいくような掛け橋となることを願っています。

現在各自治体ではさまざまな形で育児相談や遊びを主体とした教室が開催されています。しかし未熟児のみを対象とした自治体主催の教室は厚生省の研究班の成果をうけ、久留米市が行っているに過ぎません。しかし平成8年度からは石川県においても〝大きくなあれ未熟児総合ケア〟の事業のなかで早期介入を取り入れることになっています。今後各地の保健所を中心に未熟児を対象とした早期介入（子育て支援）が開始され、かつ一層充実したものになることを期待します。

注：この調査研究は、聖隷浜松病院小児科：河野親彦、鬼頭秀行、同臨床心理科：斉藤さつき、鈴木雅子、名城大学教職課程部：神谷育司　とともに実施したものである。

＊参考文献

(1)中村　肇、上谷良行、小田良彦他：超低出生体重児の3歳時予後に関する全国調査成績、日児誌　99：1266、1995
(2)神谷育司、鈴木雅子、斎藤さつき他：極低出生体重児に対するEarly interventionについて、小児の精神と神経36(4)：295、1996

福祉と保健の連携からみる子育て支援

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

乳児院における福祉・医療の連携

東京都立母子保健院　乳児養育科医長　横井茂夫（よこいしげお）

1．はじめに

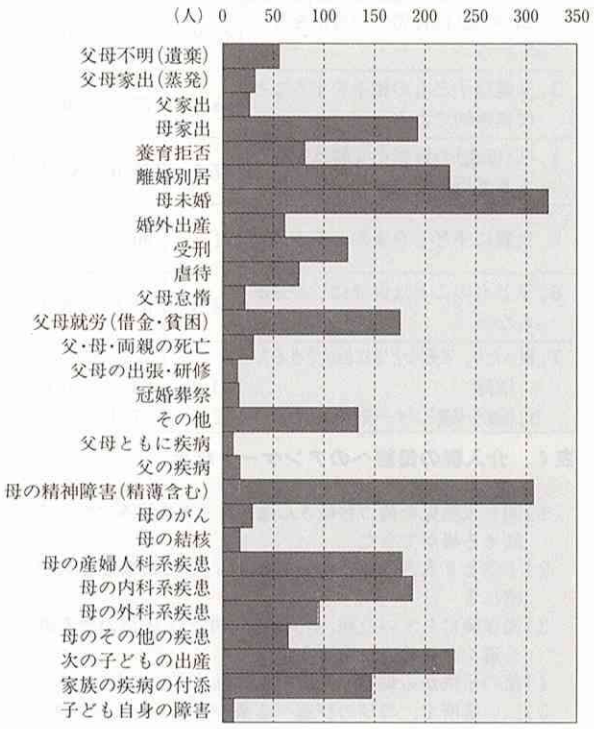
児童福祉法は昭和22年に制定され、本年50年を迎えた。社会と経済の変化に伴い、ここ20年の間に女性の社会進出と晩婚化が一気に進み、子育ての支援体制が整備されないままに出生数は半減し、出生率は史上最低の状態が続いている。一方、21世紀に訪れる超高齢化社会を前にして、日本の活性化のために、規制緩和と地方分権が検討され、保健・医療・福祉における連携が一層充実するよう求められている。今回の特集では、福祉施設としての乳児院の社会変化に伴う現況を述べ、次に、乳児院に入所している子どもと家族の医療とのかかわりについて事例をあげて説明し、さらに、乳児院側からみた医療と福祉の連携上の問題点と課題について述べる。

2．乳児院の現況

全国に乳児院は116施設あり、各都道府県に1施設を設置することが義務づけられ、経営が社会福祉法人である施設が80％を占め、入所児数が20～50人規模の施設が主である。乳児院単独の施設は32施設（28％）で、養護施設、保育所などを併設する複合施設が多い。在籍している子どもの年齢は、1歳未満が35％、1歳～2歳未満が38％、2歳以上が27％である。

乳児院への入所理由（表1．参照）で多いのは、母親が未婚である・母親が知的障害を含めた精神障害である・両親が離婚し別居した・母親が次の子どもを出産する・母親が家出をしたなどである。乳児院への入所理由の推移をみると、家庭崩壊などの社会的要因と、母親の病気あるいは次子出産などの医学的要因に分けて分類される。社会的要因は減少傾向にある。社会の離婚数の増加・未婚の母親の増加にもかかわらず、孤児・棄児は社会の安定とともに著減し、全体としては減少している。未婚の母親の約30％が18歳未満の若年出産である。一方、医学的

表1．乳児院入所児の入所理由



要因は相対的に増加傾向にある。医学的理由で、近年増加しているのが、次子出産と母親の精神病・神経症などの心の病気の増加である。入所理由として次子出産と母親の病気の増加は、何らかのアクシデントや事象が生じたとき、親族や近隣が子どもを預かることができなくなったためである。このことは、核家族化が進行し定着した都市部で顕著である。親戚や近隣など、周囲から適切な援助が得られない家庭が、二次的な家庭崩壊を招く危険性をもつ事例が増加してきている。母親の病気のなかで激減したのが結核で、青壮年の結核は戦前の国民病であったが、医学の進歩と結核予防法等の保健福祉の発展により、老人を除けば、ほぼ駆逐されている。

出生数は減少し、社会は発展し、福祉は充実してきても、養育拒否や別居離婚などの広義の意味で子どもへの虐待と思われる、家族機能の未熟性を伴う事例は明らかに増加している。ただし、マスコミで言われるほどには、直接的な虐待の例は著しい増加とは言いがたい。これは、児童虐待は密室性が高く、虐待が児童相談所の措置理由となりにくいためとも思われる。

乳児院の入所児数は昭和47年をピークとして年々減少してきたが、昭和56年頃より一定の数を保持している。その当時、保育環境が劣悪なベビーホテルが社会問題となり、その結果、乳児院へ短期入所する乳幼児は増加し、入所児総数は平衡状態となった。このように、乳児院入所児はその総数の比較よりも、措置理由が社会情勢によって、変遷しているものと考えられる。

短期入所児の約8割が次子出産と母親の病気である。近年、乳児院の在院期間が1ヵ月未満の短期入所児は年々増加し、全入所児の4分の1を占める。これに在院期間の3ヵ月未満の事例を合わせると、全体の4割強となる。次に、乳児院退所理由の変遷をみると、親元や親戚に引き取られる形の家庭復帰率は年々増加の傾向がみられ、約65%を占めている。養護施設をはじめとした他施設への措置変更は、20%強である。子どもたちの10%弱が里親委託や養子縁組となる。

福祉施設には、知的障害児が入所する精神薄弱児施設、脳性麻痺などの運動機能障害児が入所する肢体不自由児施設、知的障害に運動機能障害が重複する重度の障害児が入所する重症心身障害児施設がある。これらの施設の多くは、入所時に年齢制限が設けられていたり、入所を希望しても満床のことが多いため、家庭での養育が困難な障害乳幼児は2～3歳になるまで、乳児院で生活することになる。また、出産予定日より早く出産した場合、乳児期に成長が遅れがちである。とくに、出生時体重が1500g以下の極小未熟児や1000g以下の超未熟児では、数ヵ月程度発達が遅れることもまれではない。超未熟児では、呼吸機能も未熟なので健康な子どもなら感冒で終わるものでも、気管支炎や肺炎になり、入院する場合もある。近年、乳児院に措置される子どものなかに病虚弱児や障害児の占める割合は増加傾向にある。

3．医療との連携・具体例

都立母子保健院で最近1年間に経験した医療・福祉との連携について、具体的な事例を紹介する。

〈事例Ⅰ：O．S．母流産次子出産〉

・措置年齢　2歳0ヵ月

・退所年齢　2歳7ヵ月

・退所先　家庭復帰

・家族の社会的状況

地域の緊急一次保育は、父親が三交代勤務のため利用できない。父親が連続休務の場合は外泊して、家庭での養育とする。

・家族の疾病

母親妊娠するが、妊娠４ヵ月から切迫流産のため、絶対安静が必要になる。妊娠中毒症も合併し、出産まで入院治療を行う。妊娠36週、帝王切開で2600ｇの女児を無事出産する。

・障害病名　喘息性気管支炎

・子どもの社会的状況

母親の入院と本人の入所による母子分離が、次子出産後への影響を少なくする目的で、母子保健院の乳児院に本人を措置し、母親は母子保健院の産科に入院する。母親の体調が安定した期間は、日中母が面会する。

〈事例２：Ｋ．Ｎ．他県の乳児院から入所〉

・措置年齢　２歳０ヵ月

・退所年齢　２歳11ヵ月

・退所先　他県肢体不自由児施設

・家族の社会的状況

近親相姦にて出生、家庭崩壊し、養育拒否。祖父が養育者であるが、面会なし。

・家族の疾病　なし

・障害病名

脳性麻痺、精神遅滞、先天性白内障、神経因性膀胱。在胎36週、2300ｇで出生。他県の子ども病院に入院し、先天性白内障を認め、眼科で手術する。発熱を繰り返し、神経因性膀胱の診断を受ける。

・子どもの社会的状況

子ども病院から地元の乳児院に措置される。神経因性膀胱による慢性反復尿路感染症による発熱が、月に２～３回あり、さらに、白内障の手術後管理のため、毎週病院への受診と何度も入院が必要となる。このため、他県乳児院での保育が困難となり、病院に併設された乳児院としての母子保健院に措置変更となる。

・母子保健院での経過

白内障について：当院の未熟児病棟に出張してくる子ども病院眼科医に受診し、その後、定期的に通院する。特殊な眼鏡により、視力の改善を認める。

脳性麻痺について：理学療法士*に、スタッフが指導を受ける。入所時は腹這いでの移動が、退所時には伝い歩きが少し可能となる。

（＊理学療法士は当院へ地域の福祉センターより出張指導している。）

神経因性膀胱・尿路感染症について：当院の小児科に出張してくる大学病院の小児腎臓病専門医の指導で、一日４回の導尿・食事指導・抗生物質の少量投与にて、尿路感染症で発熱することはない。

３歳になり、他県の肢体不自由児施設に転院する。

〈事例３：Ｋ．Ｈ．ダウン症候群〉

・措置年齢　０ヵ月

・家族と子どもの社会的状況

父32歳、母32歳の第一子。身体所見より生後３日目に、染色体検査を行い、ダウン症候群と診断する。出生した病院の小児科医より説明を受けるが、両親ともに養育を拒否する。児童相談所に相談し、病院から自宅に帰るのは危険と判断し、直接、母子保健院に入所する。

・家族の疾病　なし

・障害病名　ダウン症候群

・母子保健院での経過

両親の面会を強要せず、ケースワーカーが子どもの状態を報告する。両親の養育拒否の態度にも軟化がみられ、クリスマス会に参加し、年末には数日間の外泊をする。

発達遅滞について：理学療法士*に指導を受ける。

〈事例４：Ｎ．Ｋ．超未熟児〉

・措置年齢　１歳８ヵ月

・退所年齢　2歳8ヵ月
・退所先　家庭復帰
・家族の社会的状況

妊娠25週で陣痛出現し、両親の住む島からヘリコプターで母体搬送し、母子保健院で出産する。出生体重780ｇの超未熟児で、体の未熟性による気管支肺異形成症のため、呼吸機能が不良である。このため、長期間の入院となるが、両親は熱心で島から面会に通う。

・家族の疾病　なし
・障害病名　気管支肺異形成症、発達遅滞
・子どもの社会的状況

未熟児病棟入院中に、気管支肺異形成症に伴う、気管支炎・呼吸不全を繰り返す。気管支炎のときには酸素投与・吸引が必要で、退院は困難であった。島での医療に不安があり、主治医、ケースワーカー、両親と相談し、両親の東京への転居と、発達に対する刺激が得られる乳児院措置を決める。

・母子保健院での経過

気管支肺異形成症について：乳児院入所中に、気管支肺炎・呼吸困難となり、1年間で計5回小児科病棟に入院する。

発達遅滞について：理学療法士*に指導を受ける。入所時の寝返り移動が、退所時に這い這い移動で、一部伝い歩きが可能となる。

家族が東京に転居し、生活が安定したころより、自宅への外泊を行う。ケースワーカーより、乳児院退所後の地域療育施設を紹介し、受診する。現在、肢体不自由児施設に通所し、独歩が可能となる。

このほかにも、1年間で、医療機関から入所した被虐待児症候群のケース、保健所の乳幼児健診で発見された発達障害児で母親の精神疾患があり養育困難となり地域の療育センターから紹介されたケース、大学病院から紹介された母親に知的障害がある外傷性硬膜下血腫のケースなどもある。また、当院の乳児院では、地域の子育て支援として、乳幼児健康支援デイサービス事業・病児デイケア事業も行い、保育園の乳幼児が1年間で200人余り利用している。

4．今後の問題点・課題

乳児院に入所している子どもの医療面での問題点としては、次のようなものがある。

◆わが国の医療制度では、基準看護という名の完全看護体制を採用しているので、入院中の付き添いは原則的には認められない。しかし、小児科領域では、子どもを入院させた親の心情と、看護面で成人以上の人手を要する点から、入院中の子どもに親が付き添う例が多い。乳児院の子どもが入院する場合、職員の付き添いや頻回の面会が必要であるが、実際にはできていない点が問題である。

◆障害児や病児で気管支喘息の吸入・投薬、てんかん児の抗てんかん薬の内服などは行われている。しかし、脳性麻痺児の理学療法・作業療法や言葉の遅れた児の言語療法などの必要な専門的療育が行えていない点が課題である。

5．おわりに

乳児院に入所する子どもたちから考えると、これからの乳児院は次の三つの機能の充実が必要である。第一は短期入所児に多い、脆弱化した家庭機能を補完し、地域における家庭・育児を支援していく役割、第二は障害児や病虚弱児に対する医療機関と連携した療育施設としての役割、第三は養護施設等への措置変更までにおける養護施設としての役割がある。どの役割にも地域の医療機関・福祉施設・保健施設との一層の連携が必要である。

福祉と保健の連携からみる子育て支援

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

虐待に対応する機関連携について

大阪府中央子ども家庭センター
主幹兼家庭支援課長
堀木道子（ほりきみちこ）

はじめに

最近、「このままだと子どもの首をしめてしまう」という母親からの相談があった。両親と3歳、2歳の男の子の4人家族で、上の子どもに少し発達の遅れがあり育児が大変であるという。これまで保健所や家庭児童相談室、保育所でかかわりを受けていた。両親と上記の関係機関と検討の結果、二人の子どもを養護施設で2週間のショートステイを行うこととした。今回は母親に対するレスパイトケアで急場をしのいだが、今後も関係機関がそれぞれの立場からこの家族をサポートしていくことにしている。

このケースは大事に至らずにすんだが、このまま母親のストレスが続いていけば、虐待を引き起こしていたかもしれない。最近、このようなケースが増加しており、子育てを家族のみで行うことが困難な時代となってきている。地域の関係機関がネットワークを組み、子育てを支援していかねばならない状況である。

1．虐待への子ども家庭センター（児童相談所）の取り組み

大阪府の児童相談所では平成2年に「大阪府児童相談所被虐待児処遇マニュアル」を作成し、その中で関係機関との連携の重要性を上げている。このマニュアルの具体化を目指し、平成2年度から3年間にわたって「被虐待児地域処遇モデル化事業」を実施した。

◆主な事業内容

①モデル地域内で生じた虐待ケースを検討するために地域の関係機関（保健・医療・福祉・教育・警察等）による処遇調整会議（調整連絡会、ケースカンファレンス）の開催

②診断、処遇を共通なものにするための研修会の開催

③事例集の作成

④早期予防や早期発見のためのリーフレット等の作成

⑤処遇システムを構築し、モデル化すること

平成5年度にはその対象を府下全域に拡充し、処遇調整会議を開催し、関係機関との連携を図ってきた。

平成6年度からこれまでの児童相談所を「子ども家庭センター」と名称を変更し、組織も改編した。関係機関との連携強化に力を注ぎ、子どもと家庭のネットワークづくりを促進するための地域育成室（中央は企画情報室）を新たに設置した。また、要保護性や緊急対応の高い相談（非行相談、養護相談等）を扱う家庭支援課も設置した。特に緊急対応を必要とする虐待の相談に、迅速な対応ができる体制を整えた。子ども家庭センターになってからも引き続き、

被虐待児の予防と早期発見のための関係機関等との地域処遇調整会議や一般府民や関係者への講演会・研修会も継続して行っている。平成7年度の実施状況は調整連絡会11回、カンファレンス113回、研修会20回であった。

子ども家庭センターでは、虐待ケースの実態を把握するために、在宅での援助や施設入所している子どもの統計調査を行っている。その統計調査によると、虐待の取扱状況は、在宅指導中ケースも施設入所中のケースも増加している。在宅指導中ケースの相談経路や関係機関との連携状況は、保健所・保健センター、福祉事務所(家庭児童相談室)、学校からの相談や関係機関の連携によるものが多い。最近は、病院・開業医などの医療機関からの相談や弁護士との連携が増えている。これは継続して行っている地域処遇調整会議での関係機関とのネットワークが構築され機能していると考えられる。

平成8年度は国の児童虐待ケースマネージメントモデル事業を実施している。従来の地域処遇調整会議やケースカンファレンスとしていたものを、関係機関のネットワークの強化のため、弁護士や医師、民間団体を加え、地域虐待問題連絡会議と虐待事例検討委員会とに新しく設置し直した。関係機関向けの研修会も引き続き開催することにしている。

◆新規に取り組む予定のもの

①中央子ども家庭センターで虐待を受けた子どもからのＳＯＳをチャッチし、救済するためのフリーダイヤルによる電話相談を行う。

②関係部局を集めての虐待の総合的対策検討の場（子ども虐待対策専門会議）を設置し、開催する。

③施設に入所した子どもと家族のケアの方法をまとめた治療プログラムを作成する。

2．関係機関との連携事例

虐待が疑われ、保健所、病院、子ども家庭センターで様子をみていたところ、子ども家庭センターに虐待通報が入り、日頃からの機関連携が功を奏し、身柄を安全に保護できたケースを事例でみてみたい。

（事例）

親族から子どもセンターに虐待通報（2歳の男の子。食事を与えられていない、手や足にあざがみられる、やせて発語もなく、最近姿が見えない）があったケース。家族は実父と継母(妊娠中)、5歳の異父姉の4人家族。保健所が虐待を疑い入院をさせたが、実父の強引な引き取りにより、発達のフォローを保健所で行っているケースだった。子ども家庭センターで半年前に年子の兄の相談を受けたことがあるが、相談途中で実母に引き取られた経過があった。その兄に実父・継母からの虐待を疑われる頭部のケガがみられ、本児についてもいずれ虐待の可能性があるのではと保健所と連絡をとり、入院時からカンファレンスに参加していた。通報を受けて、すぐに親族宅を訪問。聴取した子どもの状態から身柄を保護したほうがよいと判断。以前に入院したことのある病院へ時間外でも入院させてくれるよう依頼。1週間前の保健婦の訪問時に、「食べ物を口に入れたままで飲みこまない、言葉がしゃべれない、入院後やりにくくなっている」と継母が訴え、その日は子どもの顔を見せてもらえなかったという情報も入っていた。保健所へ連絡。保健婦が継母の話を聞いて心配になり、子ども家庭センターに相談をして同行してもらったという設定で、保健所の医師（所長）と保健婦と担当ケースワーカーが家庭訪問。歓迎はされなかったが、家の中に入ることができ、何とか子どもに会うこともできた。子どもはやせており、左目の回りが青あざになっており、首筋にも引っかき

傷がある状態であった。保護の方向で継母に話を勧めたが、「父親のいないときに来られて迷惑」「父親の了解をとって来てほしい」と言われた。警察へも緊急時の協力依頼をする。翌日、父から「なぜ、勝手に来たのか」という非難の電話が入る。「このままでは子どものことが心配である」と実父の都合のつく夜に、担当ケースワーカーと男女ケースワーカー二人の計3名で訪問。話の中で、実父は借金返済のため、昼夜就労。子育ては継母まかせ。継母は妊娠中で気分がイライラする状態とのこと。また、実母から親権変更が出されており、継母は「自分をとるか、子どもをとるか」実父に迫っており、夫婦関係も危うくなっている状態であることがわかった。本児まで実母に渡してしまうのは辛いという実父の代弁を男性のケースワーカーがした。継母は妊娠中でもあり、子どもの育てにくさもあって大変であるという言い分や実父への不満を女性のケースワーカーが受け止め代弁し、担当ケースワーカーが仲介をとるという方法で面接を行った。子どものやりにくさについて、「入院して、医学的、心理的検査を受けてみてはどうか」と勧めるが、実父からは「1週間後に家庭裁判所で調査官と会うことになっているので相談して結論を出したい」ということであった。家庭裁判所の調査官にも事情を説明しておく。その後、家庭訪問を行ったときには、継母が子どもにかかわりながら食事を与えている場面がみられた。調査官と面接をした翌日、「入院をさせたい、親権も実母に渡すことになった」という連絡があり、その日のうちに入院。後でわかったことであるが、調査官も親権変更の調査で病院から本児の状態を聴取していたようで、実父に入院させて検査を受けさせたほうがよいと勧めてもらっていた。実母宅へ外泊を何度か繰り返した後、退院。現在は、実母の居住先の関係機関（保健所、家庭児童相談室）と連携し、保育所入所につなぐよう経過を追っている。子ども家庭センター、保健所、病院との方針が一致し、スムーズに保護ができたのが、通報が入って8日目であった。

このケースの場合、最初の主担者は保健所の保健婦であったが、通報があった時点で、センターが主担となって進めてきた。これは、日頃から関係機関との連携がとれていたためうまく主担者の交替ができたケースである。しかし、その後のカンファレンスで危機介入の仕方が強引ではなかったのかと保健所との間で少し意見が分かれたが、子どもの身体的状況や継母の精神的な状況からは猶予ができなかったと判断している。積極的に保護ができたのも、時間外でも保護できる所(病院)があったためでもある。

保護するまでの8日間、病院や保健所とはケースの動きについて、逐一情報交換を行い、終始一致した方針でのぞんだ。また、子ども家庭センター内でもその都度カンファレンスを開き、組織として対応する姿勢でのぞんだものの緊張を強いられ、エネルギーを要する日々であった。

虐待ケースの家庭は子育て上の問題のみでなく、多くの生活上の問題を抱えており、子ども家庭センターのみの一機関の対応では不可能である。家庭とかかわるさまざまな機関が連携を密にしていくことはいうまでもなく、虐待の問題解決には重要なことではあるが、言葉でいうほどたやすいものではない。案外、それぞれの機関の役割、援助方法を承知しているようでも実際にケースに遭遇して、一堂に会してカンファレンスを開いてみるとお互いに齟齬を生じていることが多々ある。最近では、処遇システムができあがってきているので齟齬をきたすことは少ないが、本当はそこからが出発点であり、まずは各機関がつかんでいる情報の交換から始め、ケースに

対する共通理解を深めることである。そのなかで、それぞれの機関の機能、援助方法等を認識し、問題の状況についての援助方針を一致させ、それぞれの役割分担と責任を明確にすることで、相互の連帯感や信頼感が生まれてくるものである。機関の連携がうまくいくためには、ひとつひとつのケースの積み重ねが大事であり、時間を必要とするものである。

3．子ども家庭センターの今後の課題

虐待の通報受理から始まる緊急対応の体制は、関係機関との連携のもと一定の整備はできつつあり、生命の危機を脱したケースも多く見られる。

次の段階は家庭復帰を目指した親子関係の調整、子どもの心のケア、親への指導が必要であるが、ほとんど手つかずの状態である。養護施設等に入所した子どもの生活指導や心理治療、さらに家庭復帰するための家族ケアの方法をまとめた治療プログラムが必要で、早急に作成しなければならない。

関係機関が連携するということは、それぞれの専門職の考え方や機関の役割や機能を充分熟知し、そのうえで、ケースを進めていくことである。関係機関が多くなればなるほどかかわりをもつ職種、人数も多くなり、援助方針に一致を見いだせなくて混乱を生じやすい。多くの機関を有効に連携させていくためにはコンサルテーションやコーディネイトをする機関が必要となってくる。関係機関に対するコンサルテーションやコーディネイト機能が今後は子ども家庭センターに期待されており、そのためにはさらなる職員の虐待に対する診断力を養うなど常に専門性の確保に努めていかねばならない。

また、従来から子ども家庭センターは保護者とのケースワーク関係によって事態の改善を図ってきているが、最近は法的介入を検討するケースが増えてきている。法的介入が有効なケースについては積極的展開の方法として弁護士の協力を得ながら取り組んでいく必要があるだろう。また、施設入所に至った子どもとその親・家族へのケアを早急に行っていかねばならない。関係機関と家庭復帰に向けての会議をモデル的に重ねているケースもあるが、施設入所をしてしまうと緊急性がなくなり、子どもが地域から離れてしまうので、入所前のような盛り上がった機関連携がなかなかできにくい。

おわりに

子ども家庭センターとなって、体制強化と関係機関のネットワークの活用により、虐待への機動性を発揮した即応対応が可能となってきている。それ以上に、虐待については予防や早期対応が重要である。それには子育てに不安を抱いたり、孤立している親や家庭を支援し、地域の中で安心して子育てができる設備やプログラムの提供が必要である。そのために、各市町村や関係団体と共催しての子育てフォーラムの開催時に保健所等と共同で作成した「子育てマップ」、「子育てハンドブック」を配布している。各市町村の健全育成対策に協力・支援を行っていくとともに、平成9年度からは母子保健事業の所管が市町村に移るにあたって、虐待に対する保健所とのノウハウを一日も早く市町村の保健センターに提供していかねばならない。

児童虐待は子どもの人権が著しく侵害されるだけでなく、子どもが大人になったとき、自分の子どもを再び虐待する事例が多くみられる。今後とも子ども家庭センターは、積極的に子どもの人権を擁護する立場で、虐待防止へのネットワークの網の目を細かくしていけるよう、なお一層関係機関との連携を図っていかねばならないと考えている。

福祉と保健の連携からみる子育て支援

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

障害児の家庭復帰にみる医療と福祉の連携

母子愛育会愛育病院　新生児科部長　加部一彦（かべ かずひこ）

はじめに

母子保健法の改正を受けて、いよいよ平成9年度から母子保健サービスが地域の保健サービスに大きく組み込まれようとしている。筆者は従来から「医療と福祉の連携についてはなかなかスムーズにいっていない」といった実感をもっているが、今回の改正をきっかけに、医療と福祉の連携をより強固にし、スムーズな地域保健サービスが提供されるように心から期待している。

本稿では、筆者の従事する新生児集中治療の現場から見た障害児の家庭復帰の問題点と、医療と福祉の連携の現状を報告し、あわせて今後の展望について希望的に述べてみたい。

新生児臨床の現場からみた障害児の家庭復帰の現状

現在、わが国には約600ヵ所の病的な新生児を扱う医療施設があると言われている。これらの施設のうちで、呼吸循環管理をはじめとした最重症の新生児の治療と養護のできる狭義の新生児集中治療施設はおよそ120ヵ所前後であろうと考えられている。少産少子化が進むなかで、新生児集中治療室（ＮＩＣＵ：Neonatal Intensive Care Unit）をはじめとする病的新生児の入院を扱う病床数は全国的にも不足気味である。これには、現行の保健医療体制では、医師・看護婦など多くの人手を要するＮＩＣＵは経済的に割のあわないユニットの代表的な存在であるといった経済的な背景に加えて、小児科医のなかでも新生児医療を専門に選ぶ医師が少ないこと、看護婦不足によりＮＩＣＵに必要十分な看護要員を確保できないなど、経済的・人的な面で多くの問題点が指摘されている。

このような産科・新生児医療システムの再構築を目的に、平成8年度から厚生省の周産期医療施設整備事業がスタートした。この事業は、おおよそ人口百万に1ヵ所の総合周産期医療センターを整備し、その運営費を補助しようというもので、あわせて、総合周産期医療センターを中核とした地域の周産期医療システムの構築を目指している。施設の整備を進めると同時に、各都道府県は、その自治体における周産期医療計画を策定することが決められており、各地で周産期医療協議会がスタートしている。今後は、各地の周産期医療協議会での具体的な議論をもとに、ＮＩＣＵ病床の不足を目指して本質的な議論が行われることを期待したい。

ＮＩＣＵ病床の不足の原因としては、物理的なベッド数不足に加えて、不妊治療と関連した多胎児の増加や、「ＮＩＣＵから退院できない」子どもたちの存在も指摘されている。排卵誘発、体外受精などの不妊治療が各地で盛んに行わるようになった1985年以降、多胎児の出生数が急速に増加している。多胎

妊娠には、切迫早産をはじめとするさまざまなリスクがあり、なかでも、未熟児の生まれる確率は通常の妊娠・出産に比べて高い。特に、三胎以上の多胎妊娠では、出生体重1000ｇ未満の超低出生体重児が生まれる率が高く、このような子どもたちがＮＩＣＵのベッドを長期間専有し、ただでさえ不足気味なＮＩＣＵベッドの動きがさらに悪くなるといった事態を生じさせている。

また、いわゆる「ＮＩＣＵから退院できない」子どもたちの問題も深刻である。

新生児集中治療の進歩によって、「在胎23週、出生体重 400ｇで生まれた超低出生体重児」、「重症新生児仮死で出生し、深刻な低酸素性脳症を併発した新生児」など、数年前ならば確実に命を落としていたような重篤な状態の赤ちゃんでも救命できるようになった。しかし、その一方で、救命はしたものの、深刻な後障害を残す例があることもまた、事実である。現場での深刻な事態の一方で、「400ｇに満たない体重で産まれた小さな赤ちゃんが無事退院！」などと話題になることはあっても、行き場がなくＮＩＣＵから動けなくなってしまった子どもたちの問題が社会的な話題となることはほとんどない。

では、なぜ「ＮＩＣＵから退院できない」子どもたちが生じているのであろうか。

それにはいくつかの要因が考えられるが、大まかに要約すれば、一つにはＮＩＣＵの後方ベッドの問題、さらに加えて、重篤な障害をもつ子どもたちの在宅療育支援の問題を指摘できるだろう。

ＮＩＣＵは本来、文字どおり「新生児」の病棟である。もちろん、1000ｇ未満などという体重で出生した児は、退院までに４～６ヵ月の入院期間を要することも稀ではないが、１歳、２歳などという子どもたちを入院させることはそもそも想定されていない。ＮＩＣＵで看られる限度を超えて退院できない児は、小児科病棟へスムーズに移り、継続的な治療を受けるとともに、年齢に応じた療育体制がとられることが望ましい。

しかし、日本では小児医療専門の病院でさえも、ＮＩＣＵから小児科病棟へのスムーズな流れがシステムとして用意されているところは少なく、多くの場合は、新生児科の主治医が奔走したにもかかわらず、行き場のない子どもたちが仕方なくＮＩＣＵに引き続き入院しているのが現実なのである。ＮＩＣＵからの移行がスムーズに行えない理由としては、小児科病棟における医療体制の不備が大きな要因であると言わざるを得ない。人工的な呼吸管理を必要とする児が入院しているＮＩＣＵには、そのために必要な看護スタッフがあらかじめ確保されているが、子どもの入院が減り、ご他聞に洩れず「赤字」基調の小児科病棟では、長期入院に備えた人的な配置がなされていることは少ない。また、幸運なことにそのような人員が確保されていたとしても、このような子どもたちの療育まで配慮することは現状では望める状況にはない。

小児でも近年、在宅療法が行われるようになってきた。しかし、ここにも大きな問題がある。ボランティアスタッフに支えられて在宅治療を続けている子どもたちも存在しているが、一般に、家族にかかる負担は成人の在宅療法以上に高く、社会的なサポートなしに在宅での治療を継続することは事実上困難である。日常生活のサポートもさることながら、医療的なサポート体制の確保にもさまざまな問題がある。現在、日本の病院で在宅医療、しかも小児の在宅人工呼吸管理までをもサポートできるチームを有している所はおそらく例外的な一部の事例をのぞき、ほとんど存在しないのではないだろうか。在宅

患児のＱＯＬをどうすれば高めることができるのかとか、医療費などの経済的な問題よりももっと前の段階、そもそも在宅治療を選択できないというところに、この問題の有する根深さがあると思われる。筆者もかつて何度か在宅人工呼吸管理を含めた在宅治療を試みたことがあったが、いずれの場合も、在宅の患児になにか急な問題が生じた場合の医療チームの対応体制をどうするか、ということが最大の課題であり、これは、病院スタッフのボランティア精神では決して解決しないということを痛感した事例を経験している。

このように、「ＮＩＣＵから退院できない」子どもたちの問題は、単にＮＩＣＵ、新生児医療の問題にとどまらず、日本の小児医療の抱える、より根本的な問題と深く関連しており、単に新生児医療や周産期医療の体制を云々といった限定的な改善では対処できない問題ではないだろうか。むしろ、「ＮＩＣＵから退院できない」子どもたちの生まれる背景に垣間見える、日本の医療体制・福祉体制のさまざまな不備について、どうしていくのかを具体的にしかも、一刻も早く考えなくてはならない状況にあると考える。

家庭復帰を支援するために

本稿では、「ＮＩＣＵから退院できない」子どもたちの現状に関して述べてきた。この問題は、新生児医療にとどまらず、小児医療全体、さらには医療・福祉体制全体にかかわる問題であり、解決にはかなりの努力を要するものと思われる。本稿を締めくくるにあたり、ここでいくつかの私的な提案を試みたい。

「ＮＩＣＵから退院できない」子どもたちが生じている最大の原因は、ＮＩＣＵの後方ベッド不足であろう。ＮＩＣＵを新たに開設する場合、いかに後方ベッドを確保するかということは、実際に頭の痛い問題である。もともとの疾患や、治療後の重度な障害、はたまた、慢性呼吸障害を併発した超低出生体重児で問題となることが多い呼吸器感染症など、ＮＩＣＵを退院した後に生じるさまざまな問題に対する対応は不可欠であるが、日々の臨床に追われてしまいがちないまのＮＩＣＵでは、そこまで手が回らないのが残念ながら実態ではなかろうか。

ＮＩＣＵの後方ベッドというと、ＮＩＣＵ内に再入院する児のための入院病床を有する例外的な施設をのぞき、小児科の入院ベッドを意味する場合が多い。ところが、昨今の少子化の影響もあって、小児科病棟は縮小の方向にある。東京都の調査によれば、1990年から1994年の間に小児科医は7.0%、小児科を標榜する医療機関は6.3%減少しているという。この結果、都心部では小児科の入院ベッド数や、小児の夜間救急外来を開設している施設の数は目に見えて減っており、地域によっては、夜中に子どもが急に発熱した場合など、１時間近くかけて遠くの病院まで出かけなくてはならないといったことや、数少ない夜間救急外来が多くの患者であふれかえっているといった事態が生じている。

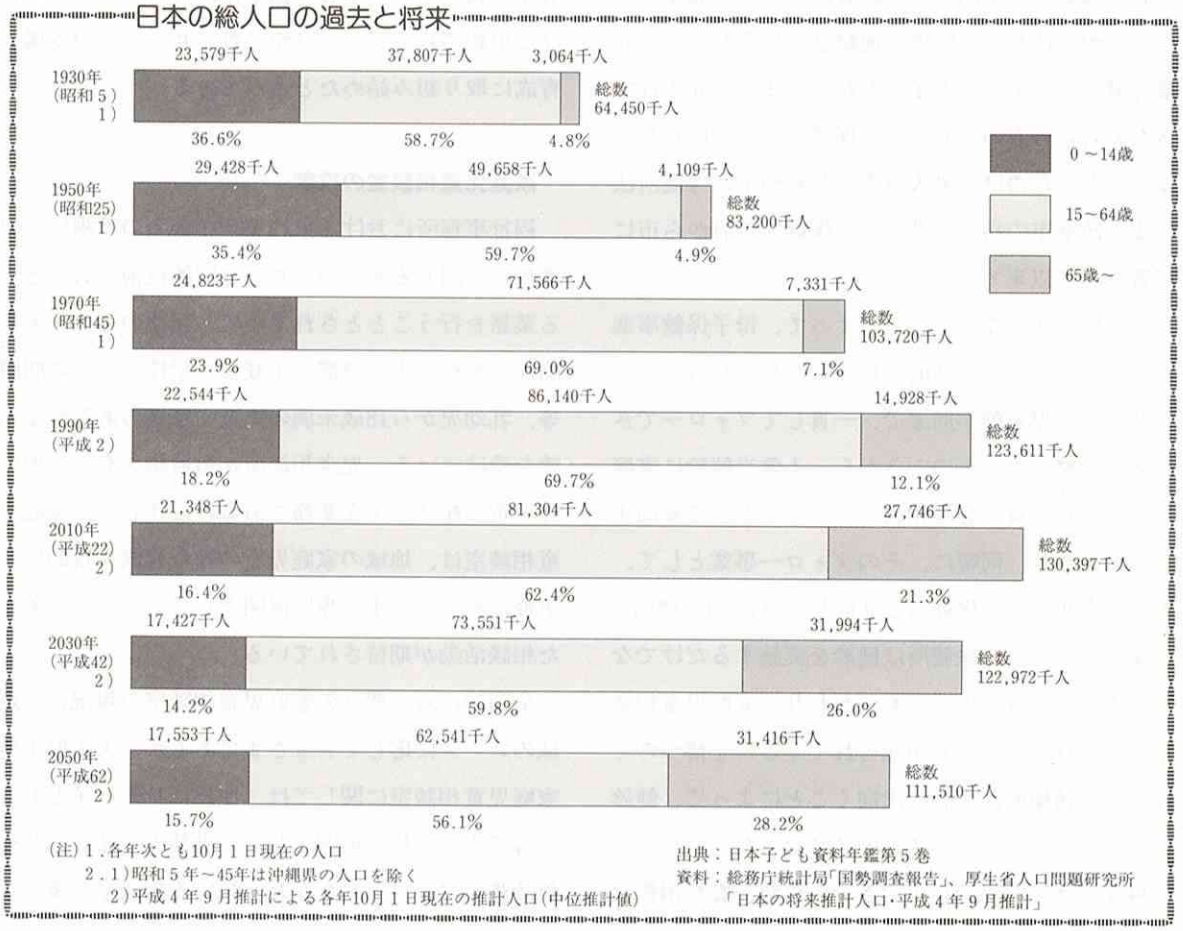
少子化の進行に加えて、現行の医療保健制度における小児科の「不採算体質」も小児科の退潮に大きく影響を与えているようである。一方に、後方ベッドの確保を模索しながらなかなか確保できないＮＩＣＵがあり、他方では、入院数の減少などで閉鎖・縮小に追い込まれる小児科病棟がある現実。これらを有機的に活用する方策はないものであろうか。少子化を理由に、子どもを巡る医療資源を縮小するのでなく、そこで生まれた「余裕」をいままで望んでも実現できなかった、新たな小児医療のシステムと

して再生することは不可能であろうか。医療と教育の連携（例えば、なかなか進まない病児保育の充実や病院内学級の充実など）、医療と福祉の連携（障害児のためのデイ・ケアセンターやショートステイホスピタルなどの開設）、また、老人の在宅介護と関連して各地に開設されつつある訪問看護ステーションの活用を、年齢や障害の有無などで限定的に考えることなく、幅広く共有できないだろうか。

医療と福祉、教育がこれまではそれぞれ別々に考えられてきた経緯というものもあるだろうが、現場でこれらの連携を探ろうとすると、一筋縄では行かない「壁」の存在を実感する。しかし、少産少死化が進行する一方で、急速な高齢化が進んでいるいまこそ、社会的なリソースをより柔軟に活用するさまざまな方策を具体的に模索すべきだと考える。

おわりに

わが国では、医療・福祉の連携は必ずしもうまくいっているとはいえない現状であると筆者は感じているが、今回の母子保健法の改正を一つのきっかけに、それぞれの専門領域を越えてスムーズな連携が取りにくかった部分をぜひとも改善し、障害のあるなしにかかわらず、すべての子どもたちが健康で健やかに育つ社会をめざしたいものである。そのような社会の実現はまた、急速に進行する社会の高齢化のなかで、みんながお互いをいたわりあって暮らしていける、心温かな社会の実現に必ずやつながっていくものと考えるが、いかがであろうか。



（注）1．各年次とも10月1日現在の人口
2．1）昭和5年～45年は沖縄県の人口を除く
2）平成4年9月推計による各年10月1日現在の推計人口（中位推計値）

出典：日本子ども資料年鑑第5巻
資料：総務庁統計局「国勢調査報告」、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口・平成4年9月推計」

福祉と保健の連携からみる子育て支援

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

家庭児童相談室と保健所の連携

——共に子育て支援をめざして

東大阪市中福祉事務所児童係主幹
(「家庭児童相談室」相談員)
桂（かつら） 浩子（ひろこ）

はじめに

私の職場は福祉事務所にあるが、多いときには週のうち2～3回保健所に顔を出す。保健所長が、「保健所にも、専属の机を置きましょうか？」と冗談を言われるほど、私にとっては、保健所が自分の職場に次いで馴染み深い場所になっている。

私が家庭児童相談室の相談員になって、30年近くになるが、はじめは定例の連絡会に出席したり、3歳児健診のフォローの子どもが、たまに紹介されてきたぐらいのものであった。保健所を身近に感じるようになったのは、東大阪市が昭和59年に保健所法による政令市の指定を受けて、保健所が府から市に移管されて以来である。

市の保健所になったことによって、母子保健事業が、市のレベルで包括的、総合的に行われることになり、乳幼児を就学前まで、一貫してフォローできる条件が整った。このときから、1歳半健診に家庭（児童）相談員が心理相談のスタッフとして参加することになり、同時に、そのフォロー事業として、家庭児童相談室が保健所と共同して「母と子の教室」を開設している。保健所は健診を実施するだけでなく、そのフォロー事業にもかかわり、家庭児童相談室はフォローの子どもが送られてくるのを待つのではなく、積極的に相談に出向くことによって、健診からフォローの流れがスムーズになった。

現在では、障害受容のできない母親、養育困難な多問題家族、虐待が疑われるケース等、発達フォローのケース以外にも、日常業務のなかで、家庭相談員と保健婦とが連携してかかわるケースが増えてきているし、子ども家庭センター（児童相談所）等その他の機関も加わってのケース会議も頻繁に行われるようになっている。また、最近では、育児不安を有する親や子育て家庭の孤立化に対して、地域における母親の自主グループや子育てサークルの支援・育成に取り組み始めたところである。

家庭児童相談室の役割

福祉事務所における家庭児童相談室の役割は、児童福祉に関する業務のうち、専門的技術を必要とする業務を行うこととされていて、発達の遅れ、家族関係、性格・生活習慣、不登校や学校生活上の問題等、乳幼児から18歳未満の児童や家庭のあらゆる相談を受けている。児童相談所が措置権を有し、要保護児童の相談が主な業務であるのに比して、家庭児童相談室は、地域の家庭児童の健全育成を目的に、気軽に利用しやすい専門機関として、地域に密着した相談活動が期待されている。

全国的にみる個々の家庭児童相談室の現況は、地域のニーズに応じてさまざまであるが、大阪府下の家庭児童相談室に関しては、住民に身近な子どもと子育て家庭の相談機関として、乳幼児の発達相談や健診後のフォローにかかわっている相談室が多く、

25市中18市が１歳半健診フォローの親子教室を保健所や保健センターと連携しながら実施している。

このことから、児童福祉機関のなかでも、家庭児童相談室が保健所に最も近く、相談の対象領域が母子保健の対象領域と重なり合っていることがわかる。

保健所との連携（１歳半健診フォロー）

先天性の疾病や脳性麻痺のような運動障害を有する子どもは別として、自閉児や精神発達に遅れや障害のある子どもをほぼ把握できるのは、１歳半健診であると言われている。しかしながら、乳幼児期の精神発達は、個人差も大きく、母子関係や養育環境の影響を受けやすいため、発達の遅れが環境要因による一過性のものか、生来的な発達障害によるものか見分けのつきにくい場合があり、確定診断は慎重を期すべきである。

また、この年齢では、子どもの「言葉の遅れ」や「落ち着きの無さ」が、発達の遅れや障害に起因する場合でも、ほとんどの親はその認識はなく、母親からは「言うことをきかない」、「他の子どもと遊べない」、「排泄や食事のしつけがうまくいかない」等の子どもの行動の問題や育児のしんどさとして訴えられることが多い。従って、１歳半健診後のフォローの場は、できるだけ日常生活に近い場面の設定のなかで母子関係を観察し、子どもにとっては自由に遊びを楽しみ、母親にとっては育児のしんどさや悩みを話し合ったり、情報交換ができる場として設定することが望ましい。

『母と子の教室』（通称『ひよこ教室』）の概要

１．目的

①母親に対して、母子関係を強化・発達に応じた遊びやしつけ等の養育援助・育児不安の緩和。

②母親同士の連帯感の養成。

③児童に対して、家庭以外の人間との交わりや遊びの経験を広げることを通じ、心身の成長を援助。

④児童の状態像の把握、適切な処遇。

２．対象

①１歳半健診の要フォロー児を主とした１歳半～２歳の幼児。

②イ．心身の発達の遅滞、あるいは問題行動が見られる幼児。ロ．育児不安、あるいは適切な育児方法がわからず、育児援助を必要としている母親。ハ．近所に子ども集団や遊び場が乏しい等環境面に問題が予想されるケース。

３．場所・期間等

場所：保健所講堂

期間：３ヵ月間（年間３クール）週１回

形態：母子同室保育、母親グループワーク

定員：１教室約20名（５教室）

４．スタッフ及び役割

家庭相談員 （１人）	・児の精神発達と状態像の把握 ・母親への育児援助および進路について相談・助言 ・母子関係・精神発達等についての集団指導
指導員（保母） １人～２人	・親子遊び・集団遊びの指導 ・児の観察と助言
保健婦 １人～２人	・児の健康管理・生活習慣に関する相談・助言 ・児の観察と助言 ・衛生教育に関する集団指導

５．母親の感想

母親の感想文のいくつかを紹介してみると、

・ひよこ教室は思っていた以上に楽しい教室で、

毎週首を長くして待っている子どもの姿に、びっくりしています。また、こういう遊びの仲間に連れてきたことがないので、もう少し早く、いろんなところに連れてきてあげればよかったと反省しています。

・いちばん最初に部屋に入るときは、私も子どもと同様、不安でいっぱいでした。自分自身もあまり、友達をつくることがうまくないタイプなので、子どものことは、それ以上に気になっていました。最近は、保健所につくとうれしそうに走って行きますし、ずいぶんと慣れてくれるようになったみたいです。お母さんがたも、やさしい方ばかりでしたし、ずーっとこのまま通えたら。

・教室に通い始めた時期が、私自身、子どものことで一番悩み落ち込んでいたときだったので、先生方といろいろお話できたことで、勇気づけていただき、ずいぶん心が楽になりました。

・とにかく育児に関してわからないこと、はじめてのことだらけで、肩に力が入って思い込んでいた部分がたくさんあったと思いますが、「つかず離れずでいいか…」と思うようになってきて、その面で気が楽になりました。

・私にとって息抜きの場であって、ほっとする時間でした。たくさんのお友達がいるので、自分一人だけ「しんどい」と思っていた育児の負担が軽くなりました。

6．考察

①教室の目的は、1歳半健診のフォローと健全育成の二つの目的をもっているが、この両目的を区別することはむずかしい。この10年間の対象児の推移を見ても(図1)、対象児の人数は開設当初に比べると約4倍に増えているのに、状態像の分類では、障害群：周辺群：正常群がほぼ1：1：1と変らない。(正常群については後述)

②開催場所が、市民にとっては馴染みのある保健所であり、できるだけ療育的な色彩を排除し、「健全育成事業」として設定しているので、障害群・周辺群の親も抵抗感、拒否感なしに参加できる。

③発達の要フォロー児については、多職種による観察とカンファレンスを3ヵ月積み重ねるなかで、より正確な子どもの状態像の把握が可能になる。また、スタッフと親との間で十分信頼関係を形成したうえで、次の適切な療育の場に繋ぐことができる。

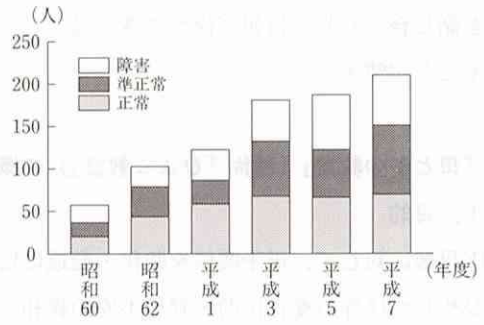
④障害の有無にかかわらず、ほとんどの親が根底に育児不安を有していて、安心して育児を楽しめない。感想文にみられるように、スタッフのちょっとした助言や励まし、母親同士の交流で育児のしんどさや負担感が軽減される場合が多い。教室のこうした育児援助の側面が年々ウエイトを増してきている。

⑤母親の育児の不安感、負担感が母子関係に及ぼす影響は大きい。母子関係のもつれから、二次的に発達上の問題を呈している子どもが増えてきている。

⑥「母と子の教室」の対象児は、現行の受皿では人数的に限界を越えており、こうした母子に対しては、量的・質的に十分対応しきれていない。

⑦教室に対する拒否ケース、処遇困難ケースに関しては、保健婦訪問指導に任せられることが多いが、

図1．母と子の教室状態像



こうしたケースこそ多問題を抱えている場合が多いので、関係機関が連携してアプローチすることが望ましい。

今後の課題（子育て支援に向けて）

これまで見てきたように東大阪市では１歳半健診で発達の遅れや障害を疑われる子どもたちは、「母と子の教室」を出発点として、地域療育システムに引き継がれ、必要な時期に必要なサービスを受けることがほぼ可能になっている。しかし、「母と子の教室」で出会う母親たちは、子どもの障害の有無にかかわらず、ほとんどの親が育児に対し、不安感や負担感を有している。「いつも行き来できるお友達がいますか？」の問いに対しても、「はい」と手をあげる親は皆無に等しい。遠い公園まで出掛けなければ、子どもがいない。子どもがいても、「公園デビュー」と言う言葉があるくらい、公園に子どもを連れて行くことが、母親にとっては精神的負担になっていることがある。孤立した子育てが、さらに母親のイライラ感をつのらせ、まとわりつく子どもへの拒否感を生ぜしめ、そのことで罪障感をもち、母子関係を悪化させてしまうといった悪循環を生んでしまう。

「母と子の教室」は、このような母子に出会いの場、母親同士が育児のしんどさを共感し、交流できる場としての意義がますます大きくなっている。しかし、３ヵ月という時間的制約、人数的制限を考えると、育児援助の視点からは、ほんの一部のニーズにしか対応できていない。東大阪市では、「母と子の教室」の他に、子育て支援施策として、保健所では「育児教室」・「両親教室」、保育行政では「園庭開放」（保育所地域開放事業）・「育児相談」・「わんぱくプラザ」等の施策が実施されているし、家庭児童相談室も地域の子育てサークルや母親自主グループの育成・支援に取り組んできているが、どこの現場でも母と子が溢れていて、十分対応しきれない悩みをもっている。

現代の若い親たちの育児不安は、少子化、価値観・ライフスタイルの多様化、情報の氾濫、地域社会の解体等急激な社会の変容を背景に、構造的につくり出されたものと考えると、育児不安や負担感は、一部の親だけの問題ではなく、すべての子育て家庭に共通のものと考えなければならない。現在、東大阪市では、エンゼルプランの地方版として、「東大阪市乳幼児育成ビジョン」（仮称）を策定中であるが、その具体的な施策として、保育所の「地域子育て支援センター」構想を検討しているところである。

母親にとって、保育所は、身近で安心して集えて、実際的な保育技術を学んだり、園の行事を通じて伝統的な日本の文化に触れることもできる魅力的な場所である。地域の子育て支援の拠点として、日常的な育児相談、子育てグループの組織化等の役割が望まれる。また、「育成ビジョン」のなかには、相談・支援体制の課題として、①相談しやすい総合的なサービスの供給ができるシステムづくり、②新しいコミュニティの育成、③相談支援にかかわる人材の専門性の涵養と地域の人材との連携が掲げられている。

こうした課題に向けて、市としての施策を総合的、包括的なものにするためには、新しい施策の導入はもちろんのこと、これまでの子育て支援施策や関係機関のネットワークを再構築する必要がある。幸い、東大阪市では、「東大阪市子どもの相談機関連絡協議会」の30年にわたる活動を基盤に、機関相互の日常的な連携が確保されている。今後は「子育て支援」という新たな目標に向けて、母子保健法の改正を視野に入れながら、福祉・保健のみならず医療、教育等の連携をより緊密にし、地域子育て支援センター、地域ボランティア、民間資源をも含めたネットワークづくりが早急に望まれる。

キーワードからみる母子保健

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

テレクラ——その現実と問題点

「月刊少年育成」編集長 松宮 満（まつみや みつる）

〝のぞき部屋〟の兄弟として

テレクラの最初の店が営業を始めたのは昭和60年（1985）の9月、バブル景気の頃である。性風俗を煽る店が密集する地域として知られる東京の新宿歌舞伎町で営業していた〝のぞき部屋〟の一軒が転業して始めたアイデア商法だった。

この年、とめどなくエスカレートする風俗営業への規制を強化するために風営法が改正されたのを機に、規制逃れの新商売として考案されたこの「テレホン倶楽部」こそが、いわゆるテレクラの初めだった。〝のぞき部屋〟には店舗内に多くの小部屋（個室）が並んでいたので、これを活用して電話ブースに転用、電話で女性と話をするだけなら、さしもの新風営法でも規制の対象にならないというわけだ。「倶楽部」への「入会金」（個室使用料）をとって「会員」に受信専用電話を賃すだけで、その会話の内容にはいっさい関知しない……という建て前がミソ。一見、売春斡旋デートクラブのようにも見えたとしても、新風営法にも売春防止法にもなじまない。〝新風営法逃れの新風俗〟といったニュアンスで、週刊誌やテレビがさかんに〝紹介〟したこともあって以後1年間に400軒もの「テレホン倶楽部」ができたという。

テレクラは、このように、性風俗産業の〝落とし子〟として誕生し成長してきたのである。

それから十年——。

条例による営業規制が始まった

テレクラに絡む事件や少女の性被害については、いわゆる〝コギャル風俗〟などの話題とともにマスメディアが好んで取り上げており、すでに多くの情報が流れているところなので、ここでは触れない。

性風俗関連のアイデア商法としての出自をもつテレクラが増殖したことによって青少年の健全育成を妨げる深刻な問題としてクローズアップされ、何らかの規制の必要性が検討されるようになってきたにもかかわらず、このシステムそのものは法規制の対象にならないというスキマ産業であるだけに、結局、条例による営業規制——その営業に青少年を巻き込んではならないというかたちの規制を自治体単位で考えざるを得ないというところに落ちつくことになった。

平成7年10月に岐阜県が青少年保護育成条例を改正して全国で最初に「テレクラ等の営業規制」を始めたのをきっかけにして以後続々と同様の条例制定が相次ぎ、1年後の平成8年10月までに40道府県と1市が条例による営業規制を始めることになった。

各府県の条例が規制の対象にした「テレホンクラブ等営業」とは次の三つのシステムである。

①店舗個室型（従来型）

店舗内に多数の小部屋をもうけ、各部屋に電話機が用意してある。客は店舗の入り口で「入会金」や「個室使用料」を払って入室し、外からフリーダイヤルでかかってくる女性からの電話を待つ。昭和60年に新宿歌舞伎町で始まった「テレホン倶楽部」がこのタイプ。外の女性からの着信があると、内線を通じて店内の待機中の電話機のすべてが鳴り、最も

早く受話器を取り上げた者につながる仕組みのため、反応の遅い者は入室時間内に一度もつながらない場合もあるわけで、そのような客を救済するために最近では「早取り」か「順番待ち」かを選べるサービスや、来店せずに店舗外の電話で順番待ちできるサービスもあるようだ。〝サービス〟といえば、店内に次のような張り紙が張ってあったりするらしい。「話を急いではいけません。まず、聞き上手になりましょう。女の子は話を聞いてもらいたがっているのです」

②ツーショット型

営業者はパソコン制御の交換機を設置するだけ。装置そのものは小さいのでマンションの一室や自宅の物置などに設置することもできる。一般の電話回線でかかってきた男性からの電話とフリーダイヤルでかかってきた女性からの電話をコンピュータがつなぐ……というのが基本的な仕組みだが、男性側からの着信はコンピュータが暗証番号（ＩＤナンバー）をチェックしてからつなぐことになっていてこの番号が有料で〝販売〟されるというわけだ。料金は①銀行振り込み②クレジットカードによる引き落とし③街頭に設置した自動販売機で暗証番号などをプリントしたカード（プリペイドカードとか利用カードとか呼ばれる）の購入によって決済され、その金額に応じた時間（おおむね１時間分5,000円くらい）が通話可能時間というわけだ。番号ごとの持ち時間をコンピュータが管理しているので何回にも分けて利用することもできるし、①②なら後払いもできる。

もともとこのシステムは、ＮＴＴのダイヤルＱ２の番組の一つとして中高生等の人気を集め急速に育ってきたのだが、不特定の男女を結びつけるところから売春に利用されたり高額な利用料を請求される（すべてＮＴＴが代行回収）ケースが相次いで問題になり、特に青少年の健全育成を妨げる恐れが大きいとの批判を浴びたため、ＮＴＴがこのプログラムをＱ２から閉め出したところ、直ちに一般回線を使ったシステムとしてテレクラ業界に移行してしまった。これで利用者は店舗に出かける必要がなく業者も店舗を構える必要がなくなった。開業資金や営業経費が一気に軽減したのとＮＴＴの開拓した客がなだれこんだことによって、急速にネットワークが全国に広がった。全国の50都市にブランチを持つ業者も珍しくないほどだ。しかし、その所在は目に見えない。

③音声蓄積交換――伝言ダイヤル

これは、電電公社が民営化されて株式会社となったＮＴＴが一般ユーザー向けに始めたＮＴＴ伝言ダイヤルサービスが、たちまち若者たちによって換骨奪胎され、〝男女交際〟のツールとして活用されだした。指定の番号に電話し、コンピュータの「伝言ボックス」にメッセージを録音しておく。それを第三者が聞いて返事を指定のボックスに録音するなり直接電話（チョクデンという）するなり指示された方法で連絡をとりあう。中には夢中になってはまりこむものも多く〝伝言界の住人〟などとも呼ばれた。その後、ＮＴＴダイヤルＱ２の番組にも取り入れられ大きく育った。留守番電話の機能とよく似ているわけだが、そのボックスの中には「ぼくは○歳の大学生です。エッチ好きな女の子からの電話待ってます」とか、「わたしフリーターしてる女の子、援助交際してくれる方○○へメッセージ入れてね」とか、そんな〝メッセージ〟があふれている。自分の録音したメッセージに反応してきた複数の相手の中から選択できるという〝安心感〟があるらしい。

〝テレホンレディー〟というアルバイト

これらのネットワークは全国をカバーしつくしたように見える。業者の広告コピーを見ると、男性からの電話が「毎日70,000コール」「80,000コール」などと目を引く活字で謳っている。話半分としても、その１業者だけでアクセスは月に100万コールという膨大な数に上る計算になる。

そのような需要に応えるには〝自主的に〟電話してくれる女性だけを当てにするわけにいかない。そ

こで〝サクラ〟（電話してくる男の話し相手になる）の女性を大量に用意する必要があるわけだ。彼女たちは「テレホンレディ」と呼ばれている。若い女性向けの、いわゆるレディスコミック誌にはこのテレホンレディ募集の広告があふれており、そこには次のようなコピーが並んでいるのである。

◆ 在宅テレホンレディ募集 ◆ 募集地域全国 ◆ 時給6,000～2,400円

◆特典①沢山話すと海外旅行プレゼント②ボーナス制度もあるよ③お友達を紹介してくれたらお小遣いback◆友達を紹介すると毎月の仕事量に応じて毎月貴女の口座に振込。友達を紹介してじゃんじゃん稼いでね。

◆24時間自動アルバイト登録／コンピューターが自動でアルバイトの登録受付をしてくれます。貴女は銀行口座を用意してフリーダイヤル番号に電話するだけです。貴女の秘密はコンピューターで厳守されます。

◆遊び感覚で大儲け／音声録音による完全自動登録だからいつでもお仕事開始ＯＫ！　月25万～60万円十分可能

◆24時間貴女のあいた時間で気の向いた時間を有効活用◆ノルマ等一切ナシ！

この仕事は相手との会話を長引かせるほど収入がふえる仕組みなので、愛想なしにしてすぐ切られるわけにはいかない。経験者の話では援助交際したがっている男と長話するのはずいぶんしんどい仕事らしい。そのうちに、「悪い人ではなさそうだし、いっそ援助交際をＯＫすれば、時給は一挙に10倍になるのね」などと、ふと思ってしまうのだと……。

デジタル化社会の問題として

しかし、この問題を見るとき、援助交際＝売春にのみ目を奪われないほうがよいだろう。10年前に歌舞伎町のアイデア商法として始まったこの業種が、今日これほどまでにはびこり、全国津々浦々の男女による〝利用〟を可能にしたのは人々の、特に若い女の子の〝道徳観〟や〝倫理観〟の変化というよりも、コンピュータの急速な〝進化〟によるボーダレス現象に負うところがきわめて大きいからである。〝女子高生売春〟という言葉が流行語になったのが昭和50年頃であったことを思い出してみればそのことがよくわかるはずだ。レディネスはとっくに飽和状態だったのである。ただ、それをアクティブにしたのが、進化したコンピュータと電話線だったというわけだ。

「誰でもどこでもいつでも」の状況になったのは、利用者の側だけでなく、営業者のほうにも言えるだろう。特にツーショットや伝言ダイヤルのシステムはつい数年前まではＮＴＴという巨大企業の独占物であったのに、パソコンの急速な進化によって小資本の素人の参入が可能になったのである。最近の雑誌に載っている販売業者の広告によれば、12回線の「ツーショット＋伝言＋ボイス」のシステムならパソコン込みで450万円、プリペイドカードの自動販売機３台、経営ノウハウなど含めてとりあえず600万円あれば素人でも開業できるらしい。同じシステムをレンタルにすれば「月々18万円～で即開業」できて「月収250万円達成者続出」なのだそうだ。テレホンレディの登録受付から通話時間のカウント・給料計算・銀行振込などすべてコンピュータまかせ、会員（顧客）管理能力10万人以上……。

最近の雑誌には次のような広告も載りだした。

「速報／ついに完成！　規制条例対策の決定版／自動販売機がおけなくなってももう安心／携帯電話、ＰＨＳでの利用を可能にした○○システム」

「各県条例対応／新プリペイドツーショットソフト完成！」

今やテレクラは、コンピュータシステムによって成り立つ業界と言ってよい。そしてその売春斡旋装置の端末は電話線を通じてほぼすべての家庭の中に用意されているのである。子ども部屋に直結しているのである。

この問題の最大のポイントは、そこにある。

キーワードからみる母子保健

特集

援助交際の実情と問題点

福祉と保健・医療の連携をめざして

ジャーナリスト 速水由紀子（はやみゆきこ）

テレビや雑誌などに、「援助交際」という言葉が頻出したピークは昨年から今年にかけてだろう。が、実際の現象として盛んになり始めたのは、景気が出口のない暗闇状態だったバブル崩壊後の93年頃である。

女子高生及び女子中学生が、主に社会人の男性相手に話し相手をしたり性的な関係を持つことで、そのサービス度や相場に応じて報酬をもらう。一種のフリー営業風俗バイトだ。

交渉が行われる拠点は、主に渋谷、新宿、池袋などのターミナル駅周辺で、「営業」の場所としてはカラオケボックスとラブホテルがもっとも多い。

誤解のないよう付け加えておきたい。

過熱するマスコミ報道の中には、「援助交際イコール売春」という固定観念を植え付けるものも多い。が、実は「食事をおごってもらう」「カラオケで胸を触らせる」だけ、という子も援助交際経験者には多く含まれているのだ。

もう一つ、最近増えた覗き見報道の弊害がある。援助交際が今の女子高生の全般的な現象であるかのような印象を与えることだ。

私が取材した百人以上のインタビューでは、ライトな援助交際は１クラス50人のうち10～15人程度、ヘビーな援助交際は４、５人程度という割合が一般的だった。これは首都圏及び関東近県の場合だ。最近は都心部よりむしろ神奈川県、埼玉県など周辺都市の子のほうが、エスカレートしやすいという特徴が目立つ。全国的な格差もそれほど大きくない。

またホテルでの性交渉経験者も、売春という言葉から受ける「買われる」という意識は皆無である。「売ってやる」という多分に能動的で、むしろ勧誘やセールスの感覚に近い。

最近では女子高生の希少価値が下がり、代価も下落傾向にある。このためよりリスクが少なく収入安定の見込める、特定の「パパ」を見つけ愛人契約を結ぶケースが急増してきた。

ここで、もっとも一般的と思われる援助交際の例を紹介しよう。

神奈川県の私立女子高２年のエリは、昨年夏からこのバイトを始めた。地元に住む中学の同級生にやっている子が２、３人いて、そこからノウハウを学んだのだ。伝言ダイヤルを使っているため、いつもＰＨＳを持ち歩いて回答待ちをしている。普通のホテルへ行く「営業」のほか、前金だけもらって逃げたり、妊娠したが中絶費用がないなどと嘘をついて金をせしめる「キャッチ」もしている。

最初は服や化粧品を買う小遣い稼ぎだったが、やがて同級生や彼とドラッグを試したり、旅行に行く費用にも当てられるようになった。合成麻薬エクスタシーをラブホテルで試したり、友人がイラン人から買った覚醒剤を仲間と分けて吸ったりしたこともある。

学校はかなり高偏差値の名門で、彼女自身も中学まではいわゆる「成績のいい子」だった。行動は過激だが、親に対する態度、学校での振る舞いは特に目立つ点もない。が、彼女の家庭には援助交際する子の家庭の多くに共通する特徴がある。父親は非常に厳格で娘に口うるさく、「真面目」に生きることを

何より貴ぶ点だ。

よく高校生の逸脱した振る舞いに、

「家庭での父権の失墜のせい」

という言われ方をするが、これは間違いだ。両親の在り方より、父と母の関係性の歪みがより重要なファクターとなる。

（なお親の問題については宮台真司・都立大助教授と幻冬舎から出版する、女子高生に材をとった『スーパールーズ』という本に詳しく述べている。ご興味をお持ちの方は参照していただきたい）

もうひとつの例をひこう。

カオリとケイは首都圏にある私立女子高１年の友人同士。

学校帰りに渋谷や池袋を二人で歩くと、必ず５、６人の社会人からナンパされる。最初は食事をおごってもらったり、カラオケで遊んだりして１～２万円程度の小遣いをもらうだけだった。が、カオリが単独で、三十代の会社員に体を触らせ５万円稼いで以来、効率のいい金儲けの味をしめるようになる。

カオリが目立つ容姿にものを言わせて、労せず稼ぐのを見て、ケイは内心羨ましさもあった。そこで地元駅近くで声をかけられた会社員の誘いに応じ、愛人契約をする。「契約」といっても、特別の決め事があるわけではない。週１、２度、相手から連絡がポケベルに入り、会ってホテルへ行く。気が向かなければ、食事をして話すだけ、という時もあるし、相手もそれ以上の強制はしない。その段階に応じて、１回の代価も変動するわけだ。

二人ともどちらかというとお嬢さん風の女子高生で、エリと同様、しゃべり方や内容、考え方なども、平均的な高校生の枠を踏み外したものではない。愛人のバイトを始めたケイは、豪邸の立ち並ぶことで知られる高級住宅街に住み、父親は真面目で「超厳格」な銀行員。口うるさく、ちょっとでも肌の露出した服などを着ると、「高校生の着る服じゃない」と怒る。

「父親はうざいから嫌い。あんまり家にいたくない」

この２ケースでも分かるように、援助交際や愛人契約をする少女たちは、一部の例外を除いて大半が一般的な家庭に育つ、普通の高校生である。学校も私立、都立、県立などまんべんなく、いわゆる名門校、有名校も例外ではない。

もっとも大きな問題点は、彼女たちが自分が直面している多くのリスクに対して、多くは知識不足から非常に無防備な状態にあるという点だろう。

第一の課題は当然のことながらエイズ・性感染症の予防である。

多くの子が「営業用」として、バッグの中にコンドームを常備しているとはいえ、残念ながら彼女たちのリスク認識度はそれほど高くはない。

日本におけるエイズ患者数は、欧米に比べればまだ少ない。女子高生あるいは中学生が病気の怖さは教えられていても、体感として常に自己ガードすべき身近なものという感覚が薄いのだ。もっとも不幸なのはエイズ検査の習慣が、彼女たちに根付いていないため、もし万が一、感染した場合、発見と治療が大幅に遅れる可能性が高い、ということである。しかもその間、何人もの客と会い、恋人とも性交渉を持てば、感染ルートは倍々式に広がる。

性感染症では幾つかの例をすでに取材している。中学３年当時から援助交際していたＡ子（私立女子高１年）は、客の一人から淋病をうつされた。本人は性病の認識がなかったが、症状を話した友人からすすめられ、異常を感じてから一ヵ月経過後に病院で診断してもらったのである。しかし、その後も彼女は援助交際を続け、真面目に治療に取り組もうとしていない。とりあえず通院を約束させたが、性病の基本的な知識が欠けていることに危惧を持った。

もっとも保菌者が多いのは、カンジダやクラミジアと言った感染症である。両者とも不潔な性行為で感染し、自覚的な症状が比較的認識されにくいので、放置されやすい。Ｂ子（都立高２年）はカンジダに感染しながら、何の病気か分からず、たまたま症状を相談したバイト先の先輩が病名を指摘するまで、多くの男性と援助交際していた。

こうした感染を防ぐには、第１に学校で性感染症の正しい知識と実情を教え、予防への危機感を高めること。第２に命綱としてのコンドームの使用を徹底する。第３に不幸にして感染してしまった子たちが、プライバシーを確保しながら気軽に相談し、早期に治療に取り組めるシステムを、学校や医療機関が準備することである。

性感染症と並んで大きな問題点は、犯罪の被害の未然防止だ。

米国の中流家庭の子どもたちは、日本のような援助交際という形のバイトに手を染めない。売春を行っているのは、家族がすでに崩壊している社会の低所得層の子どもたちである。キリスト教的倫理感や家庭の在り方の違いもあるだろう。が、犯罪発生率のはるかに高い米国では、名前も勤め先も知らない男性と会い、一過性の性交渉を持つことのリスクが大きすぎる。相手が犯罪者や殺人者である可能性があるのに、わざわざ密室で一人きりになるなどとんでもない。たかだか300ドルそこそこで、レイプや殺人にあってはワリがあわないのである。

しかし、日本でもリスクはけっして小さくない。客が暴力団関係者や変質者だったという話は、それほど珍しくないのだ。特に中学校２、３年でこうしたバイトを始めた場合、まだ危険な客を見分ける社会経験は積んでいない。中１まで学級委員だった真面目な少女が、中２の夏に暴力団員の愛人になったのをきっかけに、学校を中退しクスリにも手を出す生活に変わったという例もある。

暴力団員が覚醒剤や大麻を彼女たちに安く売り、それを友人関係に回す。自分では気づかぬうちに麻薬の売人に仕立てあげられていたり、常用するうちに中毒になったり、という少女も少数ながらいる。

また最近では「コギャル」が、国際的に報道され、米国、イタリア、イランなどの外国人が女子高生を目当てに繁華街に集まってくる。言葉が通じないため、意志の疎通を欠くのをいいことに、金を踏み倒したり強引な振る舞いに出ようとするケースもある。

これまでは日本的な共同体的意識が強く、相手の身元にそれほどこだわらなくても、生死にかかわることはまずない、と考えがちだった。しかし、これからの社会では「危険な他人」という認識が不可欠である。犯罪と邂逅するリスクが彼女たちの予想以上に高いことを教えるのは、学校及び家庭の急務であろう。

さらに、精神的な問題を抱えた少女たちも、一部には見受けられる。統計的な裏付けはまだなされていないが、例えば今、注目されているＡＣ（アダルトチルドレン）的傾向は、恐らく援助交際をしない少女たちより比率が高いはずだ。

さて、これらの課題に対し、どんな解答がベストなのだろうか。

家族問題が複雑になった現代において、高校生には親に代わる社会的バックボーンの必要性が切実になってきている。理想的なのは学校に教育システムからは独立した、教員以外のスタッフから成る二次的機関を作ることだ。あくまでも生徒のプライバシーを守りながら、体の悩みに応じ適切な医療機関と連動する医療カウンセラー、精神的なアドバイスを行う心理カウンセラーをおく。これらが横に連携しながら、自律的に動くことが望ましい。

本来ならこの役割は家庭が負っていたが、少女たちを取材した結果からすると、もはやまったく機能していないケースが急速に増えているのだ。学校的な評価とは無縁の相談機関は、彼らの精神バランスの上からも有効だろう。

しかし精神的な観点からみれば、むしろ問題の根が深いのは、「買う側」である男性の方である。家庭では少女たちの年代の子どももおり、社会的責任能力も低いとは言えない彼らが万札を片手に街で値段交渉に励む。その中には中学や高校の教師も含まれているのだ。

最大の課題は彼らの無自覚な行為の根源が、家庭や社会的病理の集約であることを説き明かし、しかるべき対処法を講じることではないだろうか？

キーワードからみる母子保健

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

思春期を考える

公立学校共済組合関東中央病院
神経精神科　部長
岡田（おかだ）　謙（けん）

1．はじめに

心の時代といわれ、能率優先主義的・物質中心主義的な生き方を反省し、生活の質を見直そうという動きはあるのだろうが、時代の流れはむしろ逆行しているように思われる。世代間境界や性別、ヒトとしての役割認識が不鮮明になってしまうような社会の均質化現象のなかで、さまざまな分野や領域において転換期を迎え、そして混乱している。21世紀を間近にひかえた今、次代を担う子どもに対して大人はどう応えたらよいのだろうか。ここでは、以上の点に留意しながら、思春期という年代について改めて考えてみたい。

2．思春期とは

春を思う心は年齢を問わないように、〝思春期〟という言葉には、生物学的・身体的発育の段階を意味するとともに、心理学的な意味合いも強い。年齢的には、第2次性徴が出現し整っていく10～20歳の時期に相当し、生命的に一番のびるときであり、多様な環境があればあるほど心は豊かになる。しかし、思春期はまた、非行や精神障害への最接近期とも考えられ、不登校・家庭内暴力・自殺企図・校内暴力・いじめ・無気力・無関心・無責任・虚無的傾向・拒食・過食・手首自傷・過呼吸発作・反抗・薬物乱用・嘔吐などの問題行動が現れやすく、保護者や大人たちがその対応に苦悩することも多い。以下に思春期の人たちの一般的特徴をまとめてみる。

(1)身体的変化をめぐって

第2次性徴の発現とともに急激な身体的成長をとげ、精神的心理的発達に比べて身体的な変化が非常に速いペースで進む。また、〝思春期〟という文字が示すように「性に目覚める」時期でもある。

身体的な発育や特徴が優劣や善悪といった心理的な意味を同時にもつ場合があり、自分の身体の一部が気になることもある。身体の一部が自分にとってはどういう意味をもつものなのか、自分自身をどう表現しているのかと意識する場合も多い。また、例えば、髪の毛を切ることが、その人にとっては直接的な侵襲体験のように感じられてしまったり、自分自身が損なわれるように思ってしまう場合があり、ここに、頭髪チェックや服装検査のむずかしさがある。

急激な身体的変化とともに現れる性的衝動は本人の秩序や理性をゆさぶるものとして、何か悪いものであると認識されたり、劣等感として感じられてしまい、孤独に悩んでしまう場合もあるので注意が必要である。また、性的衝動や性的興味の増加は、それまでの親子関係の変化を引き起こし、親への依存度が減り（子の親離れ）、自律性が増す。この過程の一部として、子は親に対して秘密をもち始めるのである。親との人間関係がある意味では薄まっていく

なかで、逆に同性の仲間との人間関係は深まっていく。さらに、身体的に男らしさ、女らしさを獲得しながら男子は男性として、女子は女性としてそれぞれの役割を模索し始め、異性への接近という人間関係が加わっていく。

(2)心の状態

知性と精神の目が芽ばえ、自分なりの価値観を作り上げ、物の裏表(矛盾)がわかるようになる。また、保守的な大人とは対照的に、時代を先取りする敏感さをもつ。さらに、自分の外の世界だけでなく、自分自身にも関心を示すようになる。仲間のなかの唯の一人としての自分と、他人と置きかえることのできない、いわば世界の中心としての個としての自分とのバランスのなかで、自分とは何か、自分は他人にどう見られているのかを強く意識するようになる。

心理的特徴として、極端さと不安定さと傷つきやすさを常にもつ。大人からの「勝手にしなさい！」という言葉は、この時期の人には一番傷つく言葉であり、その点は大人が留意しておく必要がある。心の反復運動として、無感動と熱狂、陶酔と抑うつ、賢明さとおろかさ、さえてる面と自分中心（見えない部分）などがある。理屈を述べ、自分の立場が中立だと客観的になるが、感情がからむと自己中心的になり、他者の立場がわからない。

また、根本（問題の本質）を意識しつつ、できることから手をつけることができるのが精神的健康さの証とするならば、枝葉末節にこだわり、物事の根本から一気に解決しようとする傾向が現れやすいのも思春期心性の一つで、これは臨床的には強迫性へと移行する。

(3)心の発達の節目として

思春期は子どもと大人の間の時期であり、橋渡し的存在である。また、子どもでもなく大人でもないといった身分が確定していない中間帯に位置し、いわゆる大人予備軍として、大人を越える可能性をもつ期待感と、まだ一人前ではないという軽視される側面とを合わせもつ。

さらに、3歳児における、自分だけの世界から自分以外の人間の存在を認識し、そのなか（他人との関係のなか）で自分を主張することを第一反抗期と呼ぶならば、思春期は、自分自身を個として認め、見つめ、発見しようとするという意味においての第二反抗期である。本来この「反抗」という言葉は、本人にしてみればごく当たり前の自主的な主張や行動が、周囲の大人からみれば「反抗」的態度に映るということから「反抗期」と呼ばれるようになっただけの話で、本人の視点に立てば自分にとって一番影響力のある人に対して行う意志の表出である。

(4)対人関係を学ぶ

思春期は、子ども最後の時期ともいえ、子ども時代のまとめをするという意味において、皆真剣に生きようとしている。自分自身のなかに多様性、可能性を見つけようとしたり、さまざまな人間関係を通して違った角度から自分を眺め自分をよりよく知ることで、自己の成長の一助としようとする。人間関係においては、量よりもその質が問われる。自分のことを好意的に見てくれる人や友人をたくさんもっている人ほど生活のなかで輝きを増す。この時期の人格形成過程に仲間の好意的な評価や支持ほど貴重なものはない。

対人関係の上では、家族からの独立を夢見る結果、親対子という人間関係の脱却をめざすような行動、友人関係からの価値基準の模索、仲間として同性との人間関係を深める、親以外の人と親密な人間関係を作り上げていくなどの特徴が見られる。そして、

そのような人間関係を体験しながら将来の方向性を模索していく。それゆえ、自分の方向性を模索しているこの時期の人にとって、共に行動し、能動性ある聴き手としての自分のモデルになりうるような人との偶然の出会いは、その人の人生を大きく変えたり、成長の糧になることは、臨床上よく経験する事実である。

⑸主体性（今を確かに生きている自分）を強く夢見る

思春期は、また、自主性・自立性・独立性を求める時期でもある。ここで、自立性とは、依存体験（甘え）を充分に経験することで獲得できること、社会的自立とは、誰かと相互依存的人間関係がきちんと確立しているなかでしっかりと生きていけることを意味するならば、思春期とは、それまでのその人の実体験（誰かと時間と場所を共有したという経験）の量と質とが問われる時期とも考えられる。

3．大人へのメッセージ

思春期の人たちは生活のなかで、自らにおこった不自然な現象を言葉でまとめ、言葉で表現することが大人ほどには育っていない。それゆえ、それまでの生活様式や生活の流れに、どこかそぐわない、不調和や違和感が感じられても、大人がわかるように説明することができず、さまざまな身体症状や問題行動として周囲の大人へメッセージを送ることになる。しかも、ほとんどの場合、そのメッセージの真の意味は大人によってきちんと理解されてはいない。つまり、伝えたいものがあるという認識はあるものの、それが何なのか、本当にはわからなかったり、たとえ自分でわかったつもりになっても、伝える手段が見つからなかったり、伝え方が下手なため、周囲の人を巻き込み、驚かせ、注意を向けさせることだけに終わってしまう場合が多いのが現実である。

訴えとしては、微熱、全身のだるさ、倦怠感、食思不振、頭痛、腹痛、身体の痛み、便秘、下痢、やる気がでない、元気がない、不眠、不安、しびれ感、動悸などの不定愁訴の形をとるのが一般的である。

4．大人として留意すべきこと

ふつう、症状という表に現れた「形」になるまでには、一定の時間的経過が必ず存在し、しかもその人の生きてきた歴史によってその現れ方が決まるといってもよい。将来大人になる思春期の人たちからのさまざまなメッセージは、未来からのメッセージともいえる。表に現れた「形」にとらわれることなく、そのような形をとるに至った「意味（歴史）」を考える意識（感性）が大人には求められる。均質化現象が進行している現代社会においては、物事の本来の役割や境界が極めてあいまいになってしまっている。自然とは何か、自然らしさとは何なのか、自然らしく生きるとはどういうことなのか、そもそも家族とは一体何なのか、ヒトとして大切にしなければならないことは何なのか、本当の本物とは何なのか、自分とは何であるのかといった心の叫びや大人への告発ともいえるメッセージを受け止める必要があろう。

5．おわりに

ささやかな思春期精神科臨床の体験から日頃思春期について考えていることを記した。かつての「父親とは、今（現実）を生きる存在であり、母親とは未来を生き、次の世代につなげる役割をもった存在である」といった価値観が崩壊しつつある現代社会のなかで、大人としての生き方、ヒトとしての生きていく姿勢が一人ひとりに問われているともいえよう。

キーワードからみる母子保健

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

アダルト・チルドレン

家族機能研究所 精神科医 飯塚（いいづか） 浩（ひろし）

はじめに

いま精神科医やセラピストは薬物だけでは対応できない多くの事態に直面している。摂食障害や強迫神経症などが非常に増え、家庭内での夫や妻や子どもあるいは自分自身のさまざまな「わけのわからない」行動に悩む人々と接することも多くなっている。医療機関などに相談するのは女性が多いが、夫の問題飲酒や暴言暴力、ギャンブル、借金などの相談に加え、最近では多額の買い物に悩んだり、子どもに対する折檻がとまらないといったものも増えてきている。

一昨年開設したわれわれの研究所・診療所にはそういった方々がとくに多い。これは近年さまざまな「アダルト・チルドレン」や「被虐待児」に関する本の発刊[1]の影響が大きい。先に述べたような多彩な悩みを抱える人々に共通する「何か」が彼らの共感をよび、自らの生きづらさの根拠を得て、かつての自責と焦燥の堂々巡りから回復すべく動き出したと思われる。本稿では、「アダルト・チルドレン」という概念を通して、それらに通底する家族関係と生きづらさが、現代人に広く共感される理由を考えていく。

アダルト・チルドレン

『アダルト・チルドレン』という概念の起源はアルコール医療現場から生じている。アルコール依存、薬物依存が早くから大きな問題となっていたアメリカで、それら依存症者らをとりまく多くの家族に接していたセラピストやワーカーの間から、そのような配偶者や子どもたちの「生き方の問題」に注目する動きが生じてきた。1970年代後半それらは「共依存（Co-dependence)」「ACoA(Adult Children of Alcoholics)」という言葉によって言い表され、彼らの抱える問題により明確な形が与えられた。そして1980年代の初めにACoAに関する本[2]がミリオン・セラーになり、自らがアダルト・チルドレンであるという自覚をもつ人々のセルフヘルプ・グループが全米各地にまたたく間に広がったのである。今やどんな小さな町にも一つや二つのそのような自らの回復を目指す人々のセルフヘルプ・グループがある状態となっている。このような驚くべき速い展開の理由は、アルコールや薬物の依存症者をとりまく家族の生き方の問題は、それら〝特殊な〟家族に限った問題ではなく、多くの人々に共有される「生き方の問題」と認識されたからであると考えられる。

それでは多くの人々に共有される「アルコール問題を抱えた家族の中で成長した人々（ACoA）の問題」とはなんなのであろうか。彼らの多くは物静かでおとなしく、自己主張をしない子どもである。彼らはまた、他人に合わせようと必死になり、完璧を求め

て空回りし、イメージ通りにできない自分を責める。ありのままの自分を認められず、常に存在のための条件（と彼らが思わざるを得ないもの）を満たすために必死になり、あるいは周囲にその承認を求めてきゅうきゅうとしている。彼らの行動を特徴づけているのは自己肯定感の脆弱性であると思われる。そして彼らはかなり高い確率で自身がアルコール依存症や薬物依存、摂食障害、ギャンブル依存などになり、またそのような嗜癖者の配偶者となるなど、自身が忌避していた親の人生をなぞるような生き方をしていくのである。

人格の形成と家族

子どもはもともと非常に耐えがたい寂しさをもって泣き、要求する。そしてそれを周囲の大人に満たしてもらう。そのような成長過程で自分に接する大人（主に母親）のしぐさや振る舞いといったものから自己のイメージをつくりあげていく。われわれの自尊心とか自己肯定感というものは〝輸入品〟であって、自分にとって大切な人間の目を通して自分がどう見えているかということで形成されていくものである。それらは〝思いこみ〟ではあるが、そのような原初的な思いこみがなくてはわれわれは人間のなかで安心して過ごせない。健全な自己愛をもつ大人に惚れこまれた乳児は、大切にされ愛されるべき自分という健康な自己愛をもつことになる。人格の核となる自己愛が十分に育たないまま成長した人は乳児のような耐えがたい寂しさに翻弄される。子どもとしての体験の喪失は今後のその人の行動を支配してしまうのである。そのような人々の行動が問題視されると『人格障害』と診断される。

アルコール依存症を抱える家族の中で育った子どもは例えば次のように語る。

《お父さんの飲酒は小さいころからそうだったのでそれが普通だと思っていたのですが、だんだん飲み方がひどくなってきて、おかしいんじゃないかと思ってきました。いつも夜遅くに帰ってきて、母と口論している声で目が覚め、その声を聞くまいと必死になって耳を押さえたりしていました。両親が一緒にいると家の中の空気がピリピリして…とにかく僕が嫌だったのはお父さんがお酒を飲むということ自体よりはお母さんが怒ることだったんです。お母さんが怒るとこわかった。でもお母さんがかわいそうにもなってきて、だからお父さんにお酒を飲むのをやめてもらおうと必死になってお願いしました。でもそのあとすぐにお父さんは飲みにいってしまう。お父さんとお母さんのケンカはお互いがいかに相手にダメージを与えられるかという感じのドロドロしたもので、見ていてすごく苦しかった。そういうことがずっと続いたんです。》

このような中で育った子どもは、自分に常に関心を払い、自分の欲求を読みとり、それを満たしてくれる大人をもてない。これは子ども時代を喪失するということである。しかしこのような喪失は簡単に折りあいをつけられるものではない。彼らの内には「どうしてお母さんはそんなこというの。なぜ僕を無視するの。こわいよ。怒らないでよ。僕をやさしく抱いてよ。甘えさせてよ。大切にしてよ…」等々のさまざまな子どもの要求や怒りなどのさまざまな感情が持続している。しかし幼い頃から周囲の欲求を読みとってそれに応じるという『おとな』をすることで家族の中を生きてきた彼らは、そのような自分の子どもの欲求を無視しようとし、そのような欲求をもつ自分を責め、いつまでも〝いい子〟でいようとする。自らの感情を抑えこむ彼らは生きる喜びも同時に失い、次第に生きづらさが耐えがたいもの

となっていく。そんな彼らがしばしば陥る〝病気〟や〝問題行動〟にはいずれにしろこれまでほとんどできなかった『親への要求』の意味合いが含まれる。

しかしこうしたことは何もアルコール問題を抱える家族にのみ生じることではない。アルコールがからまない暴言暴力や緊張を含む家族をはじめ、一見なんの問題も見当たらない『理想的』と思われる家族にもまたこのような状態はしばしば生じるのである。

望ましい親とは

われわれが日常的に接している摂食障害や引きこもり、対親暴力などが生じている家族は夫婦喧嘩が絶えないとか、あからさまに子どもを虐待しているなどの〝派手な〟問題を抱えている家族よりも、一見なんの問題もなく、むしろ『理想的』とみえる家族のほうが多い。そのような家の子どもは「私の両親はすばらしい人です。兄弟もみな立派にやっているんです。だから私がこんなふうにおかしいのはみな私が悪いのです。こんな弱いだめな自分を強くしたいのです」などと訴えたり「こんなだめな自分であるために親に迷惑をかけてしまう」などといって泣く。このような子どもたちはさまざまなこだわりをもっている。それは彼らが受けてきたのが条件つきの愛情であったからである。「こんな子でいたらかわいがってあげよう」「いい子でなければこの家の子ではない」といったようなメッセージは彼らの自由な要求や感情を抑圧させる。また自己犠牲的に子どもへ献身する親の〝期待〟や〝心配〟は子どもにとっては暴力で脅されるよりも抗しがたい『脅迫』である。このような抵抗不能の要求をつきつけられた子どもは自らのすべてを傾注してその期待にこたえようとする。そして自分の人生を失う。だからこそ『理想家族』や『やさしい虐待』の中で成長した子どもがACoAと同じ特徴をもつのである。

望ましい親とは適度にいい加減な『ほぼいい親』であろう。それは自らを楽しませるすべを知っている大人が、比較的ゆとりをもって子どもに接することができている状態である。もし自らが追い込まれた状態の親が、際限のない子どもの要求に終日接しているとしたら、自分がこれまで押し込めてきた怒りや要求が子どもに対して出てしまうであろう。むしょうに腹が立ち思わず暴言暴力をふるってしまう、あるいはふるうのではないかという恐れをもっている母親は数多い。その場合、こうしてあげなければならないといった思い込みや自分が打ち出の小槌のように振り回せばいくらでもエネルギーがだせるような錯覚を捨て、子どもを保育園にあずけるなどして〝支出〟を減らすことである。そして自らを満たすことのできる場所に足を運ぶことである。自分が子ども時代を喪失したように感じている人はセラピーの利用をためらうべきではない。そのセラピー場面で『内なる子ども』と出会っていく。そしてその子の嘆きを知り、それが他の人間に受け入れられる体験をする。そのようにして自らの喪失を癒し、その呪縛から解き放っていくのである。

＊文献

(1)斎藤　学：アダルト・チルドレンと家族、学陽書房、1996

(2)Black C　著、斎藤　学 監訳：私は親のようにならない、誠信書房、1989

キーワードからみる母子保健

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

「公園ジプシー」考

フリージャーナリスト 平田圭子（ひらたけいこ）

いま、奇妙なことばが子育ての世界を徘徊している。「公園ジプシー」と一群のその派生語だ。平凡な普通名詞と歴史ある固有名詞が結合したこの新語は、どんな現象と問題を示しているのか。筆者の取材ノートを手掛りにささやかな考察をしてみたい。

「公園ジプシー」登場

「公園ジプシー」という表現を筆者がはじめて耳にしたのは、1992年早春。東京郊外の育児グループを取材した折、一人の母親がつぶやいた。

「毎朝この子をつれて友だち探しです。あっちの公園こっちの公園とまるでジプシー。近所に遊び相手がいなくて困っています。予防注射にいくと同年齢の子がいるのに日頃はどこに消えてしまったのか」

ようやく少子現象が社会問題となりはじめた時期だった。この年、合計特殊出生率1.50。政府も「健やかに子どもを生み育てる環境づくり」に着手、少子対策にのりだしたところ。統計上の危機が早くも子育ての現実になっていることに衝撃をうけた。

2ヵ月後、千葉県のある市の公民館学習会で再びこのことばに出会った。

「親子で公園ジプシーしてるんです。近所の公園程度ではダメで、三つとか四つとか回るんですよ」。

この母親は、フィーリングのあう遊び相手を見つけるまで公園をハシゴする苦心談を語ってくれた。どうやら公園は、都市化された地域社会で母子が友人探しをするためのショウウィンドウとして使われはじめたらしい。なお、このときすでに「公園」と「ジプシー」は結びつき、造語化は完成している。

この年末、「公園ジプシー」をテーマに東京都、神奈川県、埼玉県で取材にかかったが、解説を加えなくとも母親たちは語意を理解することができた。子育ての新語はまたたくまに、少なくとも首都圏には広まっていった。おそらく言葉の誕生以前に、すでに実態が広く存在していたためだろう。

その後このことばは育児雑誌に頻々と登場し、95年には単行本（本山ちさと『公園デビュー　母たちのオキテ』）、96年にはテレビの特集番組も登場し、社会現象として認知されるようになった。

「公園ジプシー」の定義

ここで改めて定義しておこう。「公園ジプシー」とは、仲間を求めて地域の公園や公共施設などを渡り歩く若い母親と乳幼児のことをいう。

「公園ジプシー」の派生語

さて、この絶妙なネーミングは母親たちの間を経めぐるうちにいくつかの派生語を生んでいった。

「公園フレンド」：子どもの手をひき公園に出かけてみる。めでたく同年齢の子に出会い、母親同士もおしゃべりを交わす。つかの間でもいい、今日は友達遊びができた。そんな安堵感のこもったことば。

「公園グルーピー」：やがて定期的に、同じ場所に同じ顔ぶれが集まるようになり、自然発生的な母子

集団ができていく。それは次第に結束力を高め、連立って行動するようになる。メンバーの一員であることを強く意識する段階がグループ。

「公園ボス」：しかし平和は長く続かない。人が群れをなせば必ずその場をしきる人間が現れる。よきリーダーであれば望ましいのだが、派閥を成したり支配的になってボス化することも少なくない。

「公園ブルー」：ボスに子育ての仕方がまちがっていると決めつけられたり、グループの力が強くて公園遊びのあとも昼食、買物と一日中一緒に行動せざるを得なくなったりすると、せっかくの公園づきあいがストレスのもとになってくる。憂鬱に落込んでしまったのが、公園ブルー。

「公園フリーク」：なかには公園暮らしこそ生き甲斐とばかり楽しむタイプも。一ヵ所ではもの足りず、時間を見計らい次々と場所を変えて公園グループを訪ね歩くようになると、これはもう熱狂者。

「公園デビュー」：公園が顔見知り集団に占拠されたあと、新たに仲間入りするのはいささか勇気がいる。はじめて子づれで公園に登場する日の緊張感を表すのがこのことば。その日のために母はジーパンとデイパック（紙オムツ、湯ざまし、おしぼり他一式入り）、子は砂遊び用のオーバーオールを着用し手には最新砂場グッズと、準備も怠りない。

「公園のオキテ」：やがて公園にいくつかのサークルが並存し、それぞれ好みの活動を展開するようになる。サークルごとのルールを称してあるいは公園づきあいのマナー一般を称して、オキテという。

だが、オキテができるころにはすでに公園ジプシーは変質してしまったというべきだろう。そこにいるのはオキテで統轄された集団に属するメンバーたちで、もはや自由で不安定なジプシーではないのだ。

「公園ジプシー」の語感

再び「ジプシー」に戻ろう。注目したいのはこのことばのもつ独特の辛い語感だ。従来の育児用語にはつねに温室的なぬくもりと甘さがあった。たとえば乳幼児の外歩きや遊びを表現するには「外気浴」「おさんぽ」「砂遊び、水遊び」「友達遊び」などが使われた。ここで主体は子ども。子どもの基地は家庭の内、社会参加の練習のために試みに外へ出ていくのを母がつきそう、といった趣の用語である。

だが「公園ジプシー」は違う。なにかに追立てられるように町をさすらう母子の渇いた心象風景が強く伝わってくる。主体はむしろ母親で、しかもそんな自分の姿をシニカルに客観視するもう一人の自分がいる。育児期そのものを相対化しはじめた女性たちの間に生まれたのが、この辛い表現なのだ。

「べつにィ、子どもがどうしてもほしいってわけじゃなかったんですけどォ、まあ、一人いてもいいかなぁなんて生んで、会社やめて、いまジプシー」。

つぶやいた29歳の母親は「公園ジプシー」の語感をタダシク用いていると言えよう。

「公園ジプシー」の実像

一体、彼女たちは何に追立てられているのか。初期に出会った母親たちは次のように語ってくれた。

「専業母親のこの不安と孤独はなぜでしょう。長いこと受験勉強と職場の競争社会で生きてきたのに、家庭に入ったとたん誰にも見向きされず何ひとつ評価されなくなる。さびしくて仲間を求めたくなるのです。子どもはほしくて産んだのに、育児のストレスは重い」（31歳、もと保母）

「職場時代のことを思い出したり、働きつづけている友達と電話したりすると、また外に出てバリバリ働きたいなぁと思います。でも子どもを預けてまで出て、たいした仕事につけなかったら、いまよりもっとストレスがたまるのではとリスクが怖い」（31歳、もと生命保険会社事務職）

彼女たちの胸底にわだかまっているのは、明らかに社会参加への関心だ。いま母親になった女性たちの大半が職場体験をもっている。出産により仕事か

子育てかの二者択一を迫られ専業母親になったが、納得しきれないものが残る。これでよかったのか、職場に居つづけたらもっと生き甲斐があったかもしれない、再就職の道はあるのか、子どもはいつ手を離れるのか、これから自分はどう生きていけばいいのだろう……襲いかかる迷いに、彼女の心はジプシーとなる。やがてその姿が公園に現れるのだ。

女性にとって専業母親であることが「世を忍ぶ仮の姿」「隠れワーキングマザー」期間、言い換えれば人生のモラトリアムになってしまった状況こそが公園ジプシー登場の土壌であった。少子化、都市化状況はそのひきがねとなったのだ。

だが、現在の公園ジプシー現象はいささか趣を異にしてきた。バブル経済ははじけ、女性総合職の厳しさも見えてきた。子育て支援政策がアピールされ、ジプシーから発展した子育てサークル活動が社会的認知を得、トレンドとさえなってきた。たまり場としての公園がまるで台風の目のように求心力をもちはじめたのだ。こうなると、ジプシーしないでいることのほうがむずかしくなる。

「どうせ入るなら有名な公園グループに入りたいけど、家から遠いんですよ」(27歳、専業母親)

「働いているので日頃は保育所に預けているんですが、土日くらい公園ジプシーしておかないと、子どもが学校に入ってから仲間に入れてもらえないかしら」(35歳、出版社勤務)

といった悩みがこの間の事情を語っていよう。公園ジプシーの実像は刻々と変化しているのである。

「公園ジプシー」の評価と課題

1）子育ては経験知による実践的作業だ。親たちが集り、情報や体験を交換しあう場をもつ意義は大きい。戦後このような場を失い、育児書やマスコミ情報に頼りがちだった日本の母親たちが、公園に新たなゲマインシャフトを築こうとしているのか。それとも一過性のストレス解消法で終わるのか。

公園用語のあまりに早い消長を見ていると、後者ではないかとも思う。が、今後、子育て支援行政などでよりよい場の創出がなされれば、育児文化の一形態として定着する可能性も秘めている。

2）乳幼児たちにとっても、場を共にしながらひとときを遊んで過ごすのは大切なことだ。しかしいまの公園の人工的集団は問題も抱えている。

まず、一人の子に必ず一人の母が付添う、いわばマンツーマンディフェンスなので、行動のことごとくに母親の監視がつきまとい管理過多になりがち。

素人たちが子ども集団を扱う危うさもある。たとえばむやみに「仲よく遊ぶ」を強制しがちだが、2歳児に「仲よく」を求めるのはないものねだりだし、それ以前に体験すべきものを見落してしまう。

教育的刺激を求める風潮が流布しやすく早期教育の温床になりがち、しつけのルールが母親によって違うために子どもが混乱する、等々、見逃せない問題点を誰がどのようにフォローしていくべきか。社会の支援体系が問われるだろう。

3）ひとつ危惧が残る。公園ジプシー後の母親たちが幼稚園や学校にわが子が入ってからも、先の派生語の項であげたのと同種の悩みを訴え続ける点だ。そこには絶えずどこかに所属しなければ安心できず、所属したらしたで周囲との差異を気に病みつづける日本の母たち、そして子育ての様相が見えてくる。

自らをジプシーと言い放った先駆者？たちのシニカルなまなざしを貫き、苦しくとも孤独であろうとも、自らの子育てと生き方の主体性を求める気概を母親たちに望む。

「公園」という言葉で思い出すのはイギリスの文学者P．L．トラヴァースの名作『メアリー・ポピンズ』だ。彼女は子どもたちを公園に連れ出しては遊ばせるのだが、けして周囲に媚びず、しかし子どもを熟知した暖かさで断固、子どもの世界を守るのだ。日本の公園ジプシーたちの成熟を祈りたい。

キーワードからみる母子保健

特集

福祉と保健・医療の連携をめざして

さらりと乗り切る更年期

東京都八王子保健所長
(都立母子保健院産婦人科兼務) 石田雅巳(いしだまさみ)

人生80年代、中高齢期以後の長い時間をどうプログラムし、どうチャレンジするかは、一人ひとりに与えられた課題であり、男として女としての意識を持って生き抜くことが大切であろう。家庭内別居、定年離婚という最近の世相は、男女のセクシュアリティについての認識の差、特に、男性の女性の性への理解不足も大きな原因と思われる。

「熟年性教育」が提唱されているように性教育の概念は、思春期から中高年期への、すべてのライフステージを通して男と女はどうあるべきかという視点でとらえられるようになった。人格の構成要素としての性を基本的なものとして認識し、お互いに尊重しあう幼児期からの人間教育こそが望ましいが、人生の一過程としての更年期にある人も、周囲もともに思いやりを持って積極的に生き、心と体のＱＯＬ(Quality of Life) を高める努力が大切ではあるまいか。

1．女性の更年期はこうして訪れる

(1)女性のホルモンサイクルとライフステージからみた男女のホルモンパターンの相違

ホルモン分泌の中枢は大脳皮質に囲まれた視床下部で、その指令は下垂体、卵巣へと伝達される。指令に応えきれなくなると、卵巣から逆に分泌中枢に抑制がかかり(フィードバック)、ホルモンサイクルは順調に回転する。

40代ころから生理的に卵巣機能は低下し始め、月経不順(周期、量などの変化)から閉経(無排卵)となるが、この時期は卵巣から分泌される血中の女性ホルモンが減少する一方、分泌中枢からの指令ホルモン(ゴナドトロピン)の増量が認められるようになる。閉経は平均50歳前後であるが、急な女性ホルモンの減量を補い体の反応を緩和しているのが副腎からの性ホルモンである。男性の場合は、卵巣を精巣に置き換えればよく、そのサイクルも副腎由来のホルモンパターンも同様であるが、女性ほど急激な変動はなく、緩やかに減少して、高齢期まで造精機能は維持される。

(2)この時期の女性の心と体

子育ても過ぎ、夫婦としても年輪を経て、社会的には大体安定したが、経済的にもそれなりに負担が多く、夫の定年も近いなど、これまでと違うストレスが増え、体への不安も重なって、たそがれ感を抱くようになる。「今まで夢中で過ごしてきたが、女としての私の人生は何だったのか、これからどう生きようかとふと考えてしまう。夫との話し合いも少なくなったし、何となく冷たくて、心に穴が開いたようだ」との訴えをよく聞く（空の巣症候群)。

2．多彩な症状はどうして起きるのか？

(1)女性ホルモンの働き

女性の体の特徴を維持しているのは女性ホルモンの一つである卵胞ホルモンである。その作用は、性器に対するものをはじめとして、乳房、皮下脂肪、骨代謝、蛋白・脂質・炭水化物の代謝、水分・電解質のバランス、血液凝固などである。また、順調なホルモン変動が、自律神経の平衡を正常に保っている。

(2)自律神経失調とはどういうこと？

自律神経は植物神経ともいい、体のほとんどの臓器に分布しており、それぞれの働きを自動的に調節している。交感神経と副交感神経があり、拮抗的に作用して臓器の機能を正常範囲内に保っている。例えば動悸がすれば、それを抑えて正常に戻そうとする。加齢によって卵巣機能が低下すると、臓器の働きは正常な範囲を越えてしまう。自律神経の分布しているどの部分にも失調症状は起こりうることになる。顔や体のほてり、のぼせ、異常な発汗、動悸、息切れ、皮膚のかゆみや違和感、肌のかさかさ、頭痛、めまい、排尿異常、下痢・便秘など腸の不快な症状、いらいら・不眠、物忘れ、疲れやすいなど、どの科を受診すればよいのか迷うことも多い。上半身と下半身が別人のようだという訴えもある。このように全く多彩で、しかも症状が一定しないので〝不定愁訴〟といわれる。そのため、出やすい症状を得点化した更年期指数も病状評価の一助とされている。

(3)神経症状

病気に対する不安が強くなる(疾病恐怖症)、外出時、ガス栓の閉鎖・家の施錠を何度も確認のために往復する(確認過多症候群)、うつ症状あるいは妄想型精神症状を呈することもある。診療科を変えることが多いことから〝渡り鳥症候群〟〝ドクターショッピング〟などという表現もある。

(4)局所の変化

膣粘膜の表面を守っている角化細胞が落ちて、毛細血管が露出し出血しやすくなり、膣壁のグリコーゲンの減少とともに、膣のデーデルライン杆菌(グリコーゲンを乳酸に分解し、その強酸性によって膣を清浄に保つ)も少なくなるため、酸度が低下して膣炎を起こすようになる(萎縮性膣炎)。膣全体も繊維化傾向のため固くなることが多い。

(5)骨に対する影響(骨粗鬆症はどうして女性に多い?)

骨はカルシウムと燐からできている。カルシウムの含有量(骨塩量)が減少すると、もろく折れやすくなる。カルシウムの取り込みには女性ホルモンが必要なので、卵巣機能低下は骨粗鬆症の素地をつくることになる。

3. どう対応するか?

(1)医師の立場から

a. ホルモン補充療法(Hormone Replacement Therapy: HRT)

基本的には、卵胞ホルモンをベースに黄体ホルモンを生理的な排卵期にあたる2週間後から経口的に補う方法である。

卵胞ホルモン 25日		3日休
	黄体ホルモン12日	出血

1. 卵胞ホルモンを25日間、14日目から黄体ホルモン12日間服用、共に休薬する。4日目から同様に服薬。

卵胞ホルモン 28日	
黄体ホルモン12〜14日	出血

2. 卵胞ホルモンをベースに、黄体ホルモン12〜14日を4週間ごとに服用。これを繰り返す。

卵胞ホルモン 28日
黄体ホルモン 28日

3. 卵胞ホルモン、黄体ホルモンを服用し続ける。

＊1. 2. では黄体ホルモン終了後に出血がある。3. では出血はない。

皮膚に貼る卵胞ホルモン製剤も使用されている。

b. 期待できる効果

①自律神経失調症状の改善 ②膣・外陰の萎縮の防止 ③骨粗鬆症の予防 ④心臓血管系疾患を少なくする(総コレステロール値低下・HDLコレステロール(善玉)値上昇) ⑤ぼけ予防(アルツハイマー型痴呆に卵胞ホルモン有効の報告)

c. 療法開始に当たっての注意

①使用してはならない場合:乳癌・子宮内膜癌の既往(子宮頸癌・卵巣癌でも卵胞ホルモン非依存性なら可)、血栓・塞栓症の既往、心不全・腎疾患・肝機能障害

②比較的注意が必要な場合:子宮筋腫・子宮内膜症患者、インシュリン依存糖尿病(高血圧症はそれだけでは禁忌ではない)

d. ホルモン療法はどのくらい続ける?

卵胞ホルモン単独による子宮内膜癌発生のリスクは、黄体ホルモン併用により抑えられる。子宮頸癌・乳癌、肝機能その他の全身チェックを定期的に行う

が、10年以上の長期服用例でも異常の報告はない。

e．補助療法

エストリオール製剤：萎縮性膣炎・性交痛の改善、卵胞ホルモンを使用できない場合

ゼリー：性交補助剤(薬局、家族計画協会で販売)

f．更年期サロン

個人的には、プライバシーが完全に守られる条件で、悩む人同士が自由に話し合える場があればと思っている。

(2)周囲の立場から（特に、夫の立場から）

何よりも、周囲の温かい理解が必要である。この時期のつらさは本人でなければわからないことがあり、女性にさえ理解されない場合もある。性生活に不調和を訴えることもしばしばである。性に対する志向や感覚は、男女の間で大きな違いがある。更年期外来で痛感することは、夫が意識せずに妻の心と体への配慮を欠いている場合が多いことである。夫が妻の訴えをしっかり受容し、細かい思いやりを持つことが回復に大きく影響する。

(3)自分（女性）の立場から

症状が強くでる女性には、几帳面で人任せにできないタイプが多い。自分を追い込まず、肩肘張らずに過ごすことを忘れてはならない。内に閉じ籠もらず、趣味やおしゃれを積極的に楽しみ、すすんで人の輪に入ることも心掛けたい。心を許して何でも話すことのできる友人を一人でよいからもつことも望ましい。また、日常生活では栄養・運動・休養のバランスをよく考え、カルシウムの豊富な食物の摂取や日光浴に留意するなど、骨粗鬆症予防に対する注意も必要である。

4．「あまりのつらさに遺言状まで書きました」

今は生きていることが楽しい50歳主婦の一例：閉経49歳、夫55歳、長男25歳会社員(別居)。閉経1年前から月経不順、めまいから始まり、頻尿、腰痛、半身しびれ、激しい汗、動悸、いらいら、無気力などに苦しみ、性生活は痛みのため夫の要求に応えられないし意思もない。耳鼻科・泌尿器科・内科・整形外科などを受診したが、どの科でも大きな異常を指摘されず、しかも症状の改善をみないため、一生悩み続けるのではないかと絶望的になり、遺言状を書いた。ガンの不安も強く勇気をだして婦人科を受診。諸検査の結果、更年期障害と診断。ＨＲＴ療法適応と判定し、夫も同席、現症と治療内容を充分説明のうえ、前記第２法により開始。２ヵ月目から発汗、動悸から軽快し始め、夫の理解・協力もあって毎日の生活に希望をもてるようになった。暗い部屋に一人でいることもなくなり、憂鬱な気分も解消、受診のたびに明るい雰囲気が感じられた。開始１年後の現在、性交もゼリーの助けで可能。友人と旅行にも出掛け、生きていることが楽しい。もちろん、遺言状は破棄した。

5．高齢社会、これから大切な中高齢期の性－保健・医療そして福祉とのかかわり

福祉行政の充実とともに老人保健施設その他、高齢者関連の施設が増加しているが、それに従って、「高齢者の性」についての切実な問題も起きている。これにどう対応するかは焦眉の急と思うが、「老婚」はうとまれ、「年寄りのくせに」「いい年をして」などという言葉がまかりとおり、社会全体がまだまだ理解を示していないのが現状である。高齢者のＱＯＬを高めるためにも、「生き甲斐としての性」に温かい理解を持つべきと思うが、家庭や施設で起きている諸問題をどこに相談してよいか窓口がない。

高齢者ケアにかかわっている多くの職種の人に対して「性」を改めて考え、理解する啓発・研修や相談員養成の場あるいは各施設のネットワークづくりが必要ではないだろうか。地域保健法実施を迎え、コーディネーターとしての保健所の役割はますます大きく期待されるところである。

エイズの根本的治療法も今のところなく、ピル解禁も間近な現在、高齢者だけではなく、今まで秘められがちであった性の諸問題を「男と女のよい関係を求める生き方」として正しくとらえることは社会的課題であろう。

「児童の権利に関する条約」ウオッチング 6

少年事件からみる児童虐待問題について

齋藤・小笠原法律事務所　弁護士 小笠原彩子（おがさはらさいこ）

各地の弁護士会が虐待されている子と家族の救出とケアについて意識的に活動を始めてから数年が経ようとしている。まだまだ暗中模索で、家庭裁判所や児童相談所の無理解や法の不備の前に、腹立たしい思いを抱くこともしばしばである。私たち弁護士は、非行少年の付添人活動をするなかで虐待されて育ってきた子どもたちに数多く接し、そしてその心の傷が深く容易に消えないことを感じてきた。しかしながら、虐待されている、そのときに救出・ケアが必要であり、それが欠けていることを、最近まで正面から取り上げてこなかったことに忸怩たる思いを抱くのである。

非行少年として、鑑別所に送られたり家に戻されたりしながら家庭裁判所の審判を受ける子どもに対して、弁護士は付添人（おとなの刑事事件ならば弁護人に該当するような役割を果たす）活動をすることがある。付添人は子どもの気持ちに寄り添いながら、非行事実の存否を問題にすると同時に、非行の背後にある子どもの問題性を明らかにして、家庭裁判所での審判を子どもとともに乗り越えていく手伝いをする。そんなとき、子どもたちに家庭での状況を聞くと、小さいときに親から暴力を振るわれたり（いまでも続いていたり）、十分な養育を受けられずに放置されたり、逆に酷使されたり、性的虐待を受けたりして育ったことを話してくれる子どもは少なくない。そうした子どもが成長して自分に力をつけてくると、万引き・窃盗行為をしたり、暴力事件を引き起こしたり、家に近寄らなくなって深夜まで街を徘徊したり、異性を求めたり、挙げ句の果てには薬物に手を出したりする。14歳以上の子どものこれらの行為は、ぐ犯（犯罪の恐れのある）行為や違法行為に該当するので、「非行少年」として警察から鑑別所に送られ、そして付添人の目の前に現れることになる。次に述べるのは、ある非行少年のケースである。

＊　＊　＊　＊

A少年は高校1年で公立高校を退学し、安全設備の保守点検会社の社員として働いていた18歳の少年である。保守点検の仕事で訪れた家庭で窃盗行為をなし、警察・少年鑑別所・家庭裁判所に送られて審判を受けたのが、3ヵ月半程前である。私は鑑別所のときから付添人をしていた。審判では保護司のもとに通うことを約束して（保護観察処分）、家へ帰された。その後、パチンコ店に就職を決めて落ち着いて働きだしたことを、A少年や父親から聞いていた。そのA少年が成人になったばかりの共犯者と二人で、深夜、電気屋の窓ガラスを破って電気製品を盗んだと警察から連絡が入った。どうしたのだろうかと思いながら、ともかく会いに行くことにした。

A少年は、さすがに恥ずかしそうに下を向き、警

察の接見室の素通しガラスの向う側に座っていた。何でまた同じようなことをするの！しかも今度は、窓ガラスを破って住居侵入して盗むなんて、前よりもっと悪質じゃない！どうしてこんな…という腹立たしさを覚えながらも、それを抑えて、昨夜は良く眠れた？食事は食べている？風邪ひいていない？困っていることはない？等と話しかけ、A少年の重たい口が少しでも軽くなるように努める。その後、どのような手口で何を盗んだのか、盗品をどう処分したのか、共犯者Bとはどういう関係か等、非行行為について聞く。そして最後に「どうしてこんなことをしたの？」と一番聞きたい点に触れてみる。「金がほしかったから…。」「給料もらったばかりだったでしょう。」「給料日にBに半分貸したんだよ」「そんなにBに貸してしまったら、自分が困ることは目に見えてるでしょう。どうしてそんなに貸してあげてしまったの。こんなことをするほどに困っているのだったら、お父さんやおばあちゃんに、どうして相談しなかったの…。」「前回、もう盗みはしないって裁判で言ったの覚えているでしょ。」等々と話し合ってみるが、納得できる答えは返ってこない。どうしてこんなことをしたのか、途中でやめようと思えなかったのか、良く考えてみてほしいことを告げて、とりあえず第１回の面会を終了させた。

その後、私は警察署・少年鑑別所へ何度も足を運んだ。話を重ねていくうちに、A少年の心理状況が徐々に分かりはじめた。一言で言うならば、彼が過去に養母から虐待されて育ったこと、自分は〝親身になって見守ってくれる家族がいない〟という思いが、困難な事態に直面すると努力で乗り越えようとせず、安易な非行という方向に逃げ込ませてしまうのであった。A少年は、小学校高学年から万引き・家出・窃盗等の問題行為があり、学校のみならず警察・警察が紹介したカウンセリングセンター・児童相談所・家庭裁判所等がかかわっていた。私も虐待された話は聞いていたが、迂闊にも〝悲しい生い立ち〟程度にしか捉えていなかった。

＊　＊　＊　＊

小・中学生の頃、父親の帰宅が遅い日の夕食は、養母と弟二人（一人は養母の連れ子、一人は父親と再婚後の子）は、食堂のテーブルで大きなテレビを観ながら摂る。A少年の分だけは、少年の個室に運ばれ、個室のテレビを観て食べるように言われる。一度、食堂へ行って食べようとしたら、「あなたの席はない」と言われ追い出されたこと。いたずらして叱られると、父親が帰るまで何時間も玄関のタタキで正座をさせられたこと。下の弟のピアノのレッスンで母と弟が外出するとき、上の弟は家の中に入って留守番をしていてもいいと言うが、A少年に対しては、「外で遊んでなさい」と言って戸外に出させ、冬だと夕方は寒くて暗くなるので家の中に入りたくて、中にいる弟が憎らしかったこと。中にいる弟に「ドアを開けろ」と叫びながら、バットでドアをドンドン叩き、傷が残っていること。学校へ行く前に排便をすませるようにと、朝起きるとペットボトル１本の水を飲むように言われるが、飲みきれないので残すと、残った水をトイレに座っている頭の上からかけて「残すから便が出ないのよ」と叱られたうえ、トイレの拭き掃除をさせられたこと。朝寝坊の癖を直すためと言って冬でも毛布１枚しか掛けさせてくれず、遅くに帰宅する父親がさすがに見かねてふとんを１枚掛けてくれるのだが、父が出張だと夜中に寒くて目が覚めてしまい、こっそりふとんを押入れから出して掛けて寝たこと。そして15歳になって、自分から養母に対し離縁の申立てをなしてしまったこと等…。

A少年も、この被虐待体験があるから悪いことをしても良いと思っているわけではない。しかし〝金がない、困った。どうするか〟というときになると、そのころのことが妙に生々しく思い出されて、〝エイ、どうにでもなれ、いいや〟と自暴自棄になるという。

この「非行癖」からどうしたら立ち直れるのか。父親はA少年のことを十分気にかけ、愛情を注いでいるように見える。しかしA少年に言わせると、父親は自分のことも想ってくれるが、「あの人(養母のこと)や弟たちも可愛がっている」「あの人のことは好きなんですよ…」「あの人のことを僕が悪く言うと、父さん困った顔をするし…」と淋しそうに言う。「本当のお母さんの記憶は？」と尋ねると、「ほとんど覚えていないけど、ブランコを押してくれる母親らしい女の人が出てくる夢をよく見る」という。「会いたい？」「ウウン。お父さんが何て言うかな。いつか会えるのかな。でも、今こんなとこ、見られたくないな…」等。父親に遠慮して、これまでも実母のことを質問できなかった様子である。私は、今回は保護観察中の「再犯」事件だから、A少年を支えるおとなを見つけなければ少年院に入ることになってしまう。なんとかそれを避けたい。A少年を社会の中で成人させたいと思案する。そこで急拠、実母の戸籍謄本を取り寄せてみた。A少年を置いて離婚後、再婚して2児をもうけたが再度離婚し、現在は実家の近くで母子三人暮らしであることが分かった。私は、実母にA少年のことで至急会いたい旨手紙で連絡した。

日曜日の昼頃、指定するバス停で降りると、A少年とそっくりの母親が待っていた。妙なことだが、第一印象で「この人ならA少年のことを理解して受け止めてくれるのではないか」との期待が頭をかすめた。「なぜ突然、弁護士さんが連絡下さったんでしょうか。父親ではなくて…」というのが彼女の第一声だった。そして、彼女は二人の男の子を育てながらも、いつもA少年のことを思い出していたこと、離婚直後に、A少年に会いたい、引き取りたいと父親に電話をしたら、「自分が立派に育てる。二度と連絡をくれるな。」と言われたので連絡をとらずにいたこと等、次々と語ってくれた。私はA少年が家族の確かな愛に飢えていること、親身になって相談に乗ってくれる人が必要であること等を話した。そして、このままでは少年院に送られるかもしれないので、至急面会に行って励ましてあげてほしいこと、家庭裁判所の裁判官に会い、A少年の今後について実母として協力していく旨伝えてほしいこと等を頼んだ。

前回と同じ裁判官（審判官）のもとで、審判は開かれた。家裁の決定は、調査官による試験観察－もう少し様子を見たうえで最終処分を決めましょう－ということになり、A少年はその日、家に帰った。その後A少年は、運転免許をとり運送会社の運転手になった。実母や祖父母とも行き来をし、ときには実母と生活している弟たちの遊び相手にもなっていた。6ヵ月後、再度審判が開かれ、Aは正式に「保護観察処分」となった。

＊　＊　＊　＊

A少年の生育歴を見ると、私が関与する前に、家族以外の人で少なくとも学校の先生、警察官、警察から紹介されたカウンセラー、児童相談所の職員、家庭裁判所の調査官等の人々が、A少年から虐待の事実を知らされていたと思われる（なぜなら、A少年は、それをもって自己の非行の正当化を図っていたと思われるからである）。事実を知らされたおとなは、たぶん養母であるがゆえの「厳しいしつけ」と考えたか、A少年にいたずら等の「非」があるから仕方がないと考えたか、いずれにしても「虐待」さ

れている子どもの訴えとして正面から取り上げなかったのではないかと思える。私自身も、最初の非行事件の中では、〝悲しい生い立ち〟程度の認識しかもてずにいた。

＊　＊　＊　＊

児童福祉法二五条は、あらゆる国民に対して「保護者に看護させることが不適当であると認める児童を発見した」場合、児童相談所等へ通告することを定めている。しかも、本当に不適当であることを要件とせず、通告者が不適当であると認めた場合に通告して良いことになっているので、容易に通告できる規定になっている。しかしながら実際は、普通の市民ならば、他人の家族問題に口を出したくない、下手に口を出せば逆に自分が非難されるかもしれない、どこに知らせれば良いのか分からないと逃げ腰になり、子どもにかかわる専門家であっても、親が助けを求めていないのに、行政から積極的に手を出すことはない、児童虐待問題は〝重い〟から、なるべく見て見ぬふりをしたい等々の事情から、動きが極めて鈍い。また同法が、すべての国民に通告を義務づけながらも通告しなかったこと、通告を受けながら十分に援助しなかったことに対して何らの制裁・罰則を課していないことも、かえって無責任体制を招いているとも言える。児童虐待は、家族という密室の中で進行するし、被害者が子どもであるために自力で救出を求める力に欠け、外から見えないことが多い。だからこそ、虐待されている子どもが早期に「発見」されて救出されるシステムがつくられなければならない。子どもの権利条約は、一九条で虐待・放任からの保護を、三四条で性的搾取からの保護を明示すると同時に、三九条で犠牲（搾取若しくは虐待）を受けた子どもの心身の回復と社会復帰のための措置の必要性を明示している。日本はこの条約を批准している。したがって、何が虐待なのか、虐待されている子に対して一般の市民がなすべき行為、子どもにかかわる専門家がとらなければならない行為を法で明文化し、救済のためのシステムも整備されなければならないはずである。特に子どもにかかわる専門家は、虐待されている子を見落とすことがないよう、罰則をもって義務づけることや、逆に虐待されていない子を虐待されていると見誤ったとしても、名誉毀損罪や侮辱罪に問われない免責要件も必要であろう。同時に、虐待は親が外見上、親権の行使として行う養育・監護行為と、子の最善の利益とが相反する局面であるので、民法上、現行の親権の喪失のほかに、一部規制の条項や、子どもの意見表明権の保障規定の新設等も欠くことができない。また、虐待された子や親へのケアも考えると、児童相談所の人的・物的設備の充実も見落とせない課題である。いま、進められようとしている児童福祉法改正作業のなかで、虐待された子どもの権利を保護するために新たな方策が盛り込まれてはいるが、決して十分とは言い難い。しかし、将来的には子どもへの虐待防止と救出に関する総合的な立法と施策が考えられるべきではないか、とも考えている。

（追）
市民を含むすべての職種の人に向けた「虐待からの子どもと家族の救出とケア」（発行・三菱財団助成子どもの虐待マニュアル作成委員会／A4版 162頁／連絡先・下泉秀雄 TEL.028-622-8228）が最近発刊されました。救出のための具体的な方法の手引書です。

トピックス

アフリカの子ども問題と私たち

国学院大学　教授　楠原（くすはら）　彰（あきら）

アフリカの子どもたちの受難の根

大学院生時代のことだが、僕は1966年から67年にかけての約１年ばかり、東アフリカのケニア、タンザニア（当時はタンガニーカ）、ウガンダの村や町を歩き回っていた。いずれの国々もヨーロッパ宗主国から政治的独立をかちとったばかりで、さわやかな国家建設への熱と息吹が至るところに満ちあふれていた。歴史は変わるのだ、という実感を僕は経験した。

もう一つ僕が魅了されたのは、共同体社会におけるアフリカの子どもたちのたくましさと子どもたちを共同体の一人前のメンバーにするための「教育」（子育て）の文化装置（習俗）の見事さであった。子どもというものは、他者や世界、祖先の霊や精霊（自然）との豊かな交わり（関係）に支えられてはじめて一人前の男や女に、つまり人（ひと）になっていくことができる、ということの気づきはその後の僕の教育観を決定づけるものであった。

アフリカの伝統的村落社会の基盤であった共同体（コミュニティー）を中核にした、平等と相互扶助精神に満ちた民主的な新しい国民国家が、そんなに遠くない将来生まれるに違いないという期待が僕にはあった。

政治体制としては、当時のタンザニア大統領のニエレレが提唱していたような「アフリカ的社会主義国家」のようなものを展望していた。

アフリカ大陸の南部ではまた植民地支配の鎖につながれている国々がいくつか存在したが、東アフリカの若者たちの中には、「南部アフリカの同胞たちの解放が実現しないかぎり、われわれも本当に自由になったとはいえない」と僕に語るものさえいた。

あれから30年、南部アフリカ諸国の独立はまがりなりにも達成されたが、大陸全体に「平等と相互扶助精神に満ちた民主的な」国家の姿は、その陰さえも現さなかった。（実に白人支配342年後にしてようやく自由をかちえたネルソン・マンデラの南アフリカ共和国が、今のところ唯一の例外のようである。）

内乱と軍事クーデターはあとをたたず、難民の群れは各国、各地にあふれ、自然と生活環境の破壊・荒廃は極点に達している。

最初の訪問以来、僕は５度６度とアフリカ諸国を訪れるようになったが、人々は変わることのない貧しさと、さまざまな種類の暴力に脅えた暮らしをしいられ、それは年々苛酷さを増しているようであった。

ところで、アフリカの子どもたちが世界中で最も劣悪な状況におかれているのは、毎年ユニセフから発表される「５歳未満児乳幼児死亡率」（Ｕ５ＭＲ＝出生千人あたりの５歳未満児童の年間死亡数）の上位30ヵ国のほとんど全部がアフリカ諸国で占められることからもわかるだろう（94年の統計では１位ニジェールのＵ５ＭＲ320から30位コートジボワールの150までのうち、27ヵ国がアフリカの国々であった）。

それに大幅に教育予算が削減され、小学校１年への就学率が年々低下の一途をたどっている国々が多数見られるのは、アフリカ大陸をおいて外にはない。サハラ以南のアフリカ諸国では80年代の10年間に基本的なニーズを満たせない家族が２倍にふえ、平均所得が３分の１も減少している。これも同じ第三世界でもアジアやラテン・アメリカ世界では決して見

られず、アフリカ諸国だけの傾向であった。

アフリカだけがなぜこうなのか。こうしたアフリカの子どもたちの受難と悲惨の根源はどこにあるのだろうか。

ユニセフの「世界子供白書」(92年版)は三つの内的要因(個々の政府の経済政策の誤り、環境の悪化、軍事紛争)と三つの外的要因(超大国がアフリカを抗争の場にしたこと、原材料の国際価格の相対的低位下、債務の支え切れない重み)をあげているが、僕にはもっと根源的な原因が潜んでいるように思われる。

その一つは、植民地支配以来アフリカ諸社会の人々がヨーロッパ人によって強いられ、政治的独立後の現在も引き継いでいる「国民国家」の枠組みの問題である。

大小無数の共同体社会のメンバー(民族=エスニック・グループ)を人為的「国境」枠の中に閉じ込め(「国境」によって引き裂かれたエスニック・グループがたくさん出現することとなった)、コミュニティー同士の話し合いも協力も無視して、「アフリカ民主主義」の名の下で少数の強大なエスニック・グループ(多数派)のイニシアティヴによって、上から強引に「国民(ネーション)統合」を図ろうとしてきたのが、今日の多くのアフリカの国々である。

諸民族(エスニック・グループ)総合という意味での「国民」統合に成功している国は存在しない、と言っても過言ではない。

こうした国々の存立をかろうじて支えているのは軍事と警察の力であり、また先進工業国の経済的・軍事的「援助」である。

アフリカ諸国の強引な「国家」統合と開発政策は、共同体社会の抑圧あるいは解体(相互扶助精神の死)なしには実現不可能なので、コミュニティーのネットワークから断ち切られた人々は丸裸になって、人権も福祉も存在しない、軍事と警察の暴力によってのみ成り立っている近代「国家」の中に投げ込まれるのである。

これを裏返して言えば、ヨーロッパ近代と現代世界システムの象徴である「国民国家」体制の枠組みから、実質的に最も自由な位置にいるのが、アフリカ社会の人々であるということもできる。

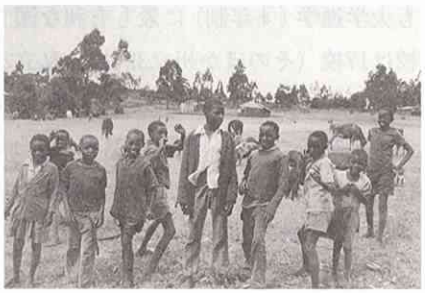
さて、もう一つはリテラシー(文字の読み書き)の問題である。イスラム世界やごく一部の社会を除けば、リテラシー文化の伝統のない、オーラル(話し言葉)の文化を中心にしたアフリカの文化の上に、ヨーロッパの植民地支配がもたらされ、基本的にリテラシーを原動力とする急激な「近代化」と「開発」が強制されたことによって、アフリカ社会の人々は、「近代化」や「開発」といったものにマル・アジャスト(不適応)している、というのが現在のアフリカ諸国の姿ではないであろうか。

そして、欧米諸国のみならず遅れて出発した日本や東アジア諸国の例で明らかなように、リテラシーを中核にした「国民教育」によってのみ「近代化」や「開発(発展)」は可能となったという事実を考えてみると、「国民国家」からもっとも遠い位置にあるアフリカ諸国が「開発」から取り残されることによって、現代の世界システムを構成する「国民国家」体制そのものを揺るがし、市場経済に亀裂を走らせるようになるかもしれない。

子ども問題の出現ーケニアの場合

アフリカ諸地域の共同体の崩壊をもたらす植民地支配と近代化の過程で、社会問題として「子ども問題」が最初に出現するのは、どこの地域の場合も同様である。

アフリカ社会を襲った近代化という大きな社会変動ー植民地化・産業化・都市化ーによって、大家族集団や年齢階梯集団を内実とする神や精霊と一体化したコミュニティーが崩壊



牛や羊を追うケニアの子どもたち

の危機にさらされ、幼い無力な生命（子ども）は聖なる時間と空間の外側へ、つまり世俗的な植民地社会に投げ出され、労働(農場や工場)、宗教＝教育(教会＝学校)、治安（警察）等の近代諸制度の網の目に組み込まれ、閉じ込められていくのである。

1920年代初頭に始まるギクユ民族によるミッションの教会と学校に対するボイコット運動は、ケニアにおける最初のアフリカ人の「近代化」へのマル・アジャスト事件であると同時に、「子ども問題」の始まりを告げる出来事であった。

これは、英国系ミッションがギクユの少女の割礼（イルア）を禁じ、従わないものを教会と学校から排除したことに端を発する事件である。この事件はやがてギクユ民族を中心にした独立学校・教会運動と発展し、50年代の「マウマウ」と呼ばれる独立闘争にまでつながっていったものであった。

ケニアは1963年に独立するが、独立の果実を独り占めしたのは、オーラルな文化の中で暮らしてきた、独立運動を担った民衆ではなく、リテラシーを駆使する都市の少数のエリートたちだった。土地の私有化（コミュニティーの解体）と外資導入による工業化が、彼らの基本政策だった。

共同体の解体が日常化し、土地・富の少数者への集積(階級分化)が始まり、「教育」こそが大きな富の分配にありつける最強の手段であるという神話(幻想)が人々を捕えるようになった。それが神話であることは、８年間の初等教育を終えＫＣＰＥ（ケニア初等教育国家試験)を受験するときに思い知らされる。

中・高等学校（４年制）の収容能力は受験者の44％にあたる17.7万人分しかなく、そこをクリアーしても大学進学（４年制）に最も有利な国立の中・高等学校は17校（そのほか州立324校、私立250校、地域有志によって立てられた公立2,049校がある)しかない。

中・高等学校の授業料が年間5,000～9,500（約16,000円)シリングで、一般労働者の賃金月額2,000シリング（約3,200円）と比較して、いかに庶民にとっては高額であるか理解できよう（佐野彰：〝ケニアの教育現場から〟、「月刊アフリカ」、94年６月号)。これは授業料だけの話である。

教育制度が経済的余裕と文化資本に恵まれたエリート階層の再生産装置になっていることが分かるだろう。落ちこぼれた若者たちの多くは都市に流れ込み、ジョッブレス・ヤングメン／ウィーメンの群れをふくらませ、都市犯罪の温床になっている。

コミュニティーの解体によって都市に流れ込んできたストリートチルドレンは、94年の政府発表で４万人とされているが、実際はその何倍も存在するようである。こうしたストリートチルドレンに対する警官の殺人・暴行事件が頻発し、現在ケニア議会では子どもたちの生存・発達・文化等の諸権利を擁護するための総合的な法律案を審議中である。

なお、ケニア政府は「国連・子どもの権利条約」にも、また「アフリカ統一機構・アフリカの子どものための権利・福祉憲章」にも署名している（ヴィルー・ノロジェ：〝アフリカの子どもの日〟、「月刊ナイロビ法律誌」95年６月号)。

その他、女子中学生の妊娠中退（年間１万人）と「私生児」出産の増加も大きな社会問題となっている。欧米や日本のフェミニストたちの批判の的になっている少女割礼（その中心が陰核切除）の問題も、今日のケニアの「子ども問題」の一つである。

都市部では姿を消しつつあるが、農山村部では不衛生で危険極まりない状態のまま続いているところが多い。ある統計によれば、92年にはケニア人女性の約半数に当たる615万人が割礼を受けていたという（Ｆ・ホスケン『女子割礼』、明石書店、93年)。

これは、貧しい民衆たちの交わりと相互扶助の基盤であった村落共同体を解体し、彼らを根無しにし、少数の特権階層のみを豊かにする「開発」や「近代化」への、彼らのマル・アジャストの現れであろう。

このようなケニアの「近代化」や「開発」への最大の援助国の一員である僕たちは、単に衛生や人権の観点からだけの割礼批判では、真にケニアの少女たちの自由と安寧につながることができないのである。

編集後記

私は三人兄弟の３番目で、昭和24年に出生体重1800ｇの未熟児で生れ、生後４日目に産院を退院し、幼児期に熱性痙攣が10数回あり、両親を心配させました。夏場だけの氷で冷やす冷蔵庫や、プロレスの力道山が活躍した街頭テレビを子ども心に覚えている年代です。その当時の日本は、総人口820万人、人口全体の中で年少人口の占める割合は36％、16歳未満の年少人口と65歳以上の老年人口の割合は９対１、出生数は270万人で、男子の平均寿命は50歳前半でした。国民全体の死亡原因の上位は結核、肺炎、胃腸炎で、乳児死亡率は60.1と高い時代でした。

その後の日本は、国連加盟、東京オリンピック、大阪万博、バブル景気と大きく変化してきました。最近の日本は、総人口１億2560万人、人口全体の中で年少人口の占める割合は15％、年少人口と老年人口の割合は１対１、出生数は125万人、男子の平均寿命は76歳を越しています。死亡原因の上位はガン、心臓病、脳卒中です。乳児死亡率は4.2と15年以上も世界一低く、１～24歳の死亡原因の一位は交通事故・溺死などの不慮の事故、二位は白血病などの悪性新生物で、肺炎や胃腸炎にかかって入院しても、死亡することのない時代です。こうした成果は、第二次大戦後から現在までの社会経済の発展を基盤にして、諸外国と比べて、失業率が低く、国民の間で所得格差が少ないことや、教育水準が男女共に全体的に高いことと、国民全員が医療保険に加入しており、保険証一枚あれば費用のことをあまり気にしなくてもどこの医療機関でも受診できる医療制度など、わが国の独自性に負うところが大なのです。

厚生省と人口問題研究所による「日本の将来推計人口」によれば、2050年には総人口は１億人を割り、三人に一人が老年となり、出生数は90万人になると予測されています。先進諸国が百年以上をかけた高齢少子化社会を日本は50年で達成し、人類がいままでに経験したことのない超高齢少子化社会に進んでいます。すべての人が高齢化する社会のためには、福祉医療保健をいままでのタテ割りシステムから、地域で連携した形にする必要があり、制度の変革が行われつつあります。母子に関しても、福祉領域で保育制度と福祉施設の見直しが行われ、保健領域で保健所法と母子保健法が改正され、母子保健サービスの大部分が市町村に委譲されます。地域に密着した母子保健へ期待する反面、市町村の体力差と専門性の低下が心配です。

今回の特集では、「福祉と保健・医療の連携をめざして」と題して、世界との比較、子育て支援、社会現象について、最近の傾向についてまとめました。各論文を読ませていただいて、『テレクラ』というシステムの経済性に驚きました。ホルモン補充をテーマとした『さらりと乗り切る更年期』は福祉施設に働く女性に一読いただければと、考えました。

福祉医療保健の連携により、21世紀の子どもたちに少しでも生活しやすい社会が実現できることを願っています。　（編集担当・横井茂夫）

〔編集委員長〕
高橋重宏（たかはし しげひろ）
駒澤大学教授
日本子ども家庭総合研究所
子ども家庭福祉研究部長

〔編集委員〕
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
乳児養育科医長
東京慈恵会医科大学講師
大妻女子大学講師

汐見稔幸（しおみ としゆき）
東京大学教育学部助教授

福島一雄（ふくしま かずお）
共生会希望の家施設長

村瀬嘉代子（むらせ かよこ）
大正大学人間学部教授

中川泰輔（なかがわ たいすけ）
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.42 1997-4　世界の児童と母性

年２回発行
1997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