

表 1 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備の問題認識, 取り組みの方向性および具体的な取り組み

1. 問題認識
1) 小児保健医療水準を維持・向上させるための整備は主要な課題
2) 地域保健における母子保健活動の低下や小児医療の不採算性に伴う小児病棟の縮小・閉鎖による小児医療水準の低下, 小児救急医療レベルの低下, 小児科医師志望者の減少等の問題が生じている
2. 取り組みの方向性
1) 地域保健における母子保健サービスの水準低下を予防する体制の確保
2) 小児医療の特性を踏まえ, 他科と比較して遜色なく小児医療を確保できるよう医療経済面を含めた制度的なアプローチが不可欠
3. 具体的な取り組み
1) 地域保健
① 政策医療等を担う医師等技術職の確保や関係職員の研修
② 乳幼児健診の精度の格差の是正
③ 事故予防対策
④ SIDS 予防対策
⑤ 予防接種に対する理解のための情報提供
2) 小児医療
① 病床確保対策
② 小児科医の確保 女性医師の働く環境の整備
③ 小児救急医療体制は重要な責務であり, 医療計画で明確に位置付け整備等を例示
④ 小児の入院環境, 患児の家族のための体制整備, 長期慢性疾患患児等の在宅医療体制の整備と教育体制

(健やか親子 21 検討会報告書より)

具体的には乳幼児健診を利用した親子関係の把握や相談事業を行うなどを提言している。

また, 課題のひとつとして思春期の保健対策の強化と健康教育の推進を取り上げ, 困難な課題に積極的に取り組む姿勢を示した。ここでは思春期の性の問題, 薬物乱用, 心の問題をとくに健康問題としてあげている。問題解決が困難であるとの認識を示しながらも, これまでの取り組みは十分に成果をあげていないとして, 対策の量的拡大と, 質的転換を図ることが不可欠であるとしている。とくに注目すべきは, 厚生労働省と文部科学省が連携し, 地域と学校が共にこれに取り組むことが必要であることを明言したことである。これまでも, 思春期の健康問題に対して多様な対策が行われてきたが, 多くが学校現場と地域保健が独自に

実施しており, 十分な連携が取れた効率的な対策がなされたとはいいがたかった。学校現場の特異性と地域の専門性を互いに十分に認識したうえで, 単に, 場所や人材を提供する協力関係だけでなく, 企画の段階から共同して取り組めるような有機的な連携が望まれる。

3. 推進方策と目標の設定

課題達成に向けて, 一人ひとりの国民はもとより, 保健・医療・福祉・教育・労働などの関係者, 関係機関・団体がそれぞれの立場から寄与することが不可欠であるとして, 関係者, 関係機関・団体の取組の内容を明確化した。

到達目標は, ヘルスプロモーションの基本理念に基づき, 次の3段階に分けて策定された。すなわち, ①保健水準の指標 (達成すべきQOLを含む住民の保健水準を示す。住民や関係機関などが目指すべき方向性の指標), ②住民自らの行動の指標 (各課題を達成する上で住民一人ひとり取り組むべき事項を示す。親子や各家庭での保健行動や生活習慣に関する指標と, 知識・技術などの学習の指標を含む), ③行政・関係機関などの取り組みの指標 (事業の実施, サービスの提供, 施設・設備の整備など資源・環境の整備に対して行政や関係機関・団体が寄与しうる取り組みを表す) である (表 2)。

II. 現状と中間評価

1. 「健やか親子 21 推進協議会」

関係者らの行動計画のとりまとめや進捗状況の報告・経験交流の実施などを統括する「健やか親子 21 推進協議会」を中央に設置し, インターネットによる情報提供や意見の収集, 全国大会を通じた国民運動計画推進の気運の醸成などの活動を実施することとしている。健やか親子 21 推進協議会は 75 団体となった。参加団体はそれぞれ行動計画を策定して活動している。また, 4つの課題ごとに専門部会を設け, 事業などの運動方針を検討し, 総会でそれを決定している。

表 2 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備の指標と目標および現状

3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

【保健水準の指標】	現状（ベースライン）	2010年の目標	暫定直近値
3-1 周産期死亡率	*1 ('00) 5.8 (出産千対) 3.8 (出生千対)	世界最高を維持	出産千対 5.3 出生千対 3.6
3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合 全出生数中の低出生体重児の割合	*1 ('00) 極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 8.6%	減少傾向へ	極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 9.1%
3-3 新生児死亡率 乳児（1歳未満）死亡率	*1 ('00) (出生千対) 新生児死亡率 1.8 乳児死亡率 3.2	世界最高を維持	(出生千対) 新生児死亡率 1.7 乳児死亡率 3.0
3-4 乳児のSIDS死亡率	*1 ('00) 26.6 (出生10万対)	半減	出生10万対 19.4
3-5 幼児（1～4歳）死亡率	*1 ('00) 30.6 (人口10万対)	半減	人口10万対 25.0
3-6 不慮の事故死亡率	*1 ('00) (人口10万対) 0歳 18.2 1～4歳 6.6 5～9歳 4.0 10～14歳 2.6 15～19歳 14.2	半減	人口10万対 0歳 13.4 1～4歳 5.0 5～9歳 3.7 10～14歳 2.4 15～19歳 11.7
【住民自らの行動の指標】	現状（ベースライン）	2010年の目標	
3-7 妊娠中の喫煙率 育児期間中の両親の 自宅での喫煙率	*13 ('00) 妊娠中の喫煙率 10.0% *3 育児期間中の喫煙率 検討中	なくす	調査予定
3-8 妊娠中の飲酒率	*13 ('00) 18.1%	なくす	調査予定
3-9 かかりつけの小児科医を持つ親の割合	*8 ('00) 81.7% 注) 1～6歳児の親	100%	調査予定
3-10 休日・夜間の小児救急医療機関を知 っている親の割合	*3 ('01) 1.6か月児 86.6% 3歳児 88.8%	100%	調査予定
3-11 事故防止対策を実施している家庭の割 合	*3 ('01) 1.6か月児 4.2% 3歳児 1.8%	100%	調査予定
3-12 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを 乳幼児が自分で開けることができない よう工夫した家庭の割合	*3 ('01) 31.3% 注) 1.6か月児のいる家庭	100%	調査予定
3-13 心肺蘇生法を知っている親の割合	*3 ('01) 1.6か月児 19.8% 3歳児 21.3%	100%	調査予定
3-14 乳児期にうつぶせ寝をさせている親の 割合	*3 ('01) 3.5%	なくす	調査予定
3-15 1歳までにBCG接種を終了している 者の割合	*8 ('00) 86.6%	95%	調査予定
3-16 1歳6か月までに三種混合・麻疹の予 防接種を終了している者の割合	*8 ('00) 三種混合 87.5% 麻疹 70.4%	95%	調査予定
【行政・関係団体等の取組の指標】	現状（ベースライン）	2010年の目標	
3-17 初期、二次、三次の小児救急医療体制 が整備されている都道府県の割合	*3 ('01) 初期 70.2% 二次 12.8% 三次 100%	100%	調査予定
3-18 事故防止対策を実施している市町村の 割合	*3 ('01) 3～4か月児健診 32.6% 1.6か月児健診 28.6%	100%	調査予定

3-19 小児人口に対する小児科医・新生児科 医師・児童精神科医師の割合	(’00) (小児人口 10 万対) * 11 小児科医 77.1 * 3 新生児科に勤務する医師 3.9 * 3 児童精神医学分野に取り組んで いる小児科医もしくは精神科医 5.7 注) 小児人口は 0~14 歳 注) 「児童精神医学分野に取り組ん でいる小児科医もしくは精神科医」 とは、児童青年精神医学会に所属し ている医師	増加傾向へ	調査予定
3-20 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割 合	* 14 (’01) 院内学級 30.1% 遊戯室 68.6%	100%	調査未定
3-21 慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が 整備されている市町村の割合	* 3 (’01) 16.7%	100%	調査予定

* 1 人口動態統計 * 2 母体保護統計 * 3 厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究等) * 4 薬物に対する意識等調査 * 5 健康日本 21 参照
* 6 東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会調査 * 7 文部科学省調べ * 8 幼児健康度調査 * 9 保健所運営報告 (現: 地域保健・老人保健
事業報告) * 10 厚生労働省調べ * 11 医師・歯科医師・薬剤師調査 * 12 衛生行政報告例 * 13 乳幼児身体発育調査 * 14 日本病院会調べ
* 15 警察庁調べ * 16 社会福祉行政業務報告 * 17 日本小児科医会調べ

2. 公式ホームページの設置

「健やか親子 21 公式ホームページ」を厚生労働科学研究 (主任研究者 山縣然太郎) において製作・運営している (<http://rhino.yamanashi-med.ac.jp/sukoyaka/>)。2001 年 5 月以来、アクセス数は約 30 万件である。健やか親子 21 に関する情報が網羅されているだけでなく、母子保健担当者への重要な情報提供ツールとなる 2 つのデータベース (「母子保健医療情報データベース」と「取り組みのデータベース」) や、子育て支援のための「e-サポート」などが搭載されている。そのうち、市町村などで実施されている「健やか親子 21」の取り組みをデータベース化した「取り組みのデータベース」には、現在、約 3300 件の事業が登録されている。事業内容のほか、市町村の出生数、保健師の数、スタッフの属性などの項目があり、それぞれの項目で検索できる機能がついている。これを活用することにより、自分たちの地域の状況に似ている市町村での取り組みを検索でき、新規事業の企画や既存事業の見直しの参考にすることができる。

3. 中間評価

平成 17 年は「健やか親子 21」の中間評価の年である。中間評価と今後の取り組みを検討するために「健やか親子 21 推進検討会」(座長 柳澤正義 日本子ども家庭総合研究所副所長) が平成 17

年 2 月に立ち上げられた。また、中間評価の作業研究会として「健やか親子 21 中間評価研究会」および「食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会」が設置された。作業研究会では中間評価のために、各指標についての達成度の把握および評価、新たなニーズに対する指標の設定、目標値に対する達成度を踏まえた今後の推進方策について検討することになった。

III. 課 題

1. 次世代育成支援対策推進法と健やか親子 21 の関係

総合的な少子化対策の指針として平成 11 年に「少子化対策推進基本方針」を策定し、以後、「新エンゼルプラン」、「仕事と子育ての両立支援策の方針について」、「待機児童ゼロ作戦」などにより、子育てと仕事の両立支援を中心として、子どもを生みたい人が生き育てやすいようにするための環境整備に力点を置いて、さまざまな対策を実施してきた。しかしながら、少子化に歯止めがかからず、もう一段の対策として平成 15 年 6 月に平成 27 年までの時限立法として「次世代育成支援対策推進法」が制定された。保護者が子育てについての第一義的な責任を有するという基本的認識の下に、家庭その他の場において、子育ての意義についての理解が深められ、かつ、子育てに伴う喜びが実

感されるように配慮して行われなければならないことを基本理念とした。基本的視点として、①子どもの視点、②次代の親づくりという視点、③サービス利用者の視点、④社会全体による支援の視点、⑤すべての子どもと家庭への支援の視点、⑥地域における社会資源の効果的な活用の視点、⑦サービスの質の視点、⑧地域特性の視点を示した。

また、平成17年3月までに事業主および地方自治体に行動計画策定指針に基づく行動計画策定を義務づけた。策定にあたっては住民ニーズ調査の実施と次世代育成支援対策地域協議会の設置により策定作業を進めている。地域での行動計画の策定指針として、①地域における子育て支援、②母性ならびに乳児および幼児の健康の確保および推進、③子どもの心身の健やかな成長に資する教育環境の確保、④子どもを育成する家庭に適した良質な住宅および良好な居住環境の確保、⑤職業生活と家庭生活との両立の推進、⑥子どもの安全の確保、⑦要保護児童への対応などきめ細かな取り組みの推進をあげている。とくに、②は「健やか親子21」の趣旨を十分踏まえたものとするとしており、総合的な母子保健対策を示した「健やか親子21」とともに、具体的な少子化対策が実施されることが期待される。

しかし、この次世代育成支援対策は市町村では主として、これまで母子保健を担当していた保健課や健康増進課ではなく、児童福祉の分野である場合が多く、両方の課の連携は不可欠であるが、従来の「母子保健計画」に取って代わることになった「行動計画」の策定での連携は十分にできていない市町村が多い。一方で、市町村の合併などにより、母子保健と児童福祉を一体化した「児童支援課」のような新しい融合した課の設置により対応しているところもある。

2. 目標値とモニタリングシステム

目標値については、その根拠や実現性について、再評価する必要がある指標があるが、これは中間評価の検討の際に明らかにされ、見直される予定である。目標値の評価にあたって課題となってい

ることが、情報の収集方法と活用である。たとえば、乳幼児健診は集団検診から個別の健診へ移行している市町村が多く、医療機関からどのように情報を収集し、市町村の母子保健担当者が問題を抱えた子どもたちを把握して、適切な支援を行うことができるのか、市町村における母子保健統計をどのように効率よく収集し、活用するかなど、情報の収集と利活用について、その必要性を従来の母子保健の個々の指標について吟味する必要がある。また、母子保健が市町村へ移行し、医療機関委託や一般財源化していくなかで、市町村格差が生じてくることは想像に難くない。こういったことを踏まえて、母子保健活動に必要な情報のモニタリングシステムの構築が必要である。

3. 学校保健、企業との連携

先にも述べたように、「健やか親子21」の課題の達成のためには関係各所との連携が不可欠である。とくに、思春期の課題については学校保健との連携なしには目標の達成は不可能である。しかし、現状は学校保健領域での「健やか親子21」の浸透は低く、一部の地域での連携に留まっている。中間評価を機に、次の5年は連携を十分にとることが望まれる。具体的には小学校入学前の地域や保育園、幼稚園での気になる子ども達を支えるための、保護者を中心とした情報の共有や、保護者に課題があるときの連携方法の検討、保健の授業における地域の専門家の活用、保護者を巻き込んだ学校と地域とでの喫煙対策など、工夫した取り組みを実行することが重要である。

また、少子化対策、働く親の支援として、地域と企業との連携が重要であるが、残念ながら、現状では母子保健領域における企業との連携事例は少なく、これからの大きな課題である。

参 考

- 1) 健やか親子21 検討会報告書 厚生労働省 2000年11月
- 2) 健やか親子21 公式ホームページ
URL <http://rhino.yamanashi-med.ac.jp/sukoyaka/>
- 3) 次世代育成支援対策推進法 厚生労働省 平成15年法律第120号

子育て支援のための家庭と 地域保健、学校保健との連携 ～母子保健情報の収集と利用・活用のシステム構築～

山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座教授

山縣然太郎

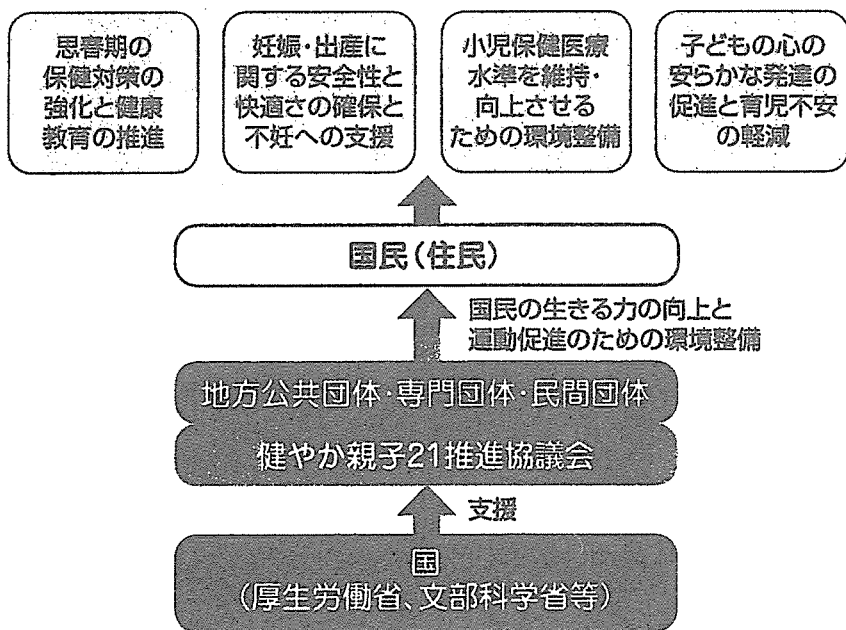


子育てには情報が必要

子育てには情報が必要です。初めての赤ちゃんを授かったお母さんやお父さんは、赤ちゃんの栄養、病気、発達、睡眠、機嫌などすべてが初めてのことで、不安が募ります。ちょっとした情報が問題を解決してくれ、不安の解消になります。そのような情報は親や友人など身近な人、地域の保健師や助産師、医師など専門家から得ることができません。さらに、書籍や雑誌、インターネットなど情報源はさまざまです。一方、地域の保健師や助産師、医師、保育士、幼稚園の教諭など子育てを支援する専門家は、個人の状況や地域全体の動向についての情報を収集して、子育て支援に活用しています。しかし、現在、情報を必要としている人に必要な情報が適切に提供されているでしょうか。残念ながら、十分とはいえない状況です。近くに親族や知人がいない時に、子育てに関する情報や相談を地域の保健師や助産師に相談できることを知らない親がいます。はんなりするインターネットや雑誌の情報の取捨選択の方法を知らない親が多くいることは想像に難くありません。専門家も本当に支援が必要なのかと問われると自信を持って肯定できない状況です。

図1 健やか親子21

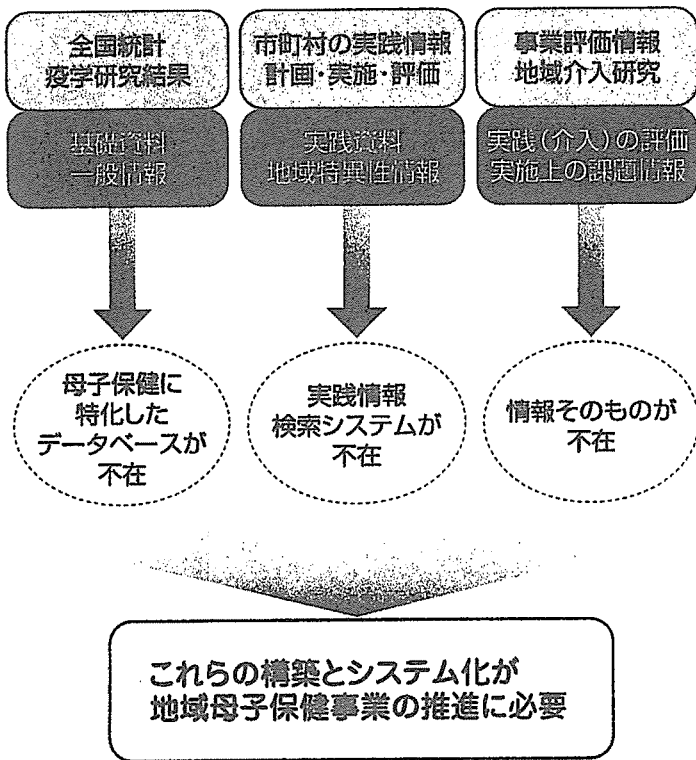
21世紀初頭における母子保健の国民運動計画
(2001-2010年)



健やか親子21

現在、二〇〇一年から十年間の二一世紀初頭における母子保健上の重点課題への取り組み指針として策定された「健やか親子21」が推進されています（フページ図1）。「健やか親子21」は二一世紀の母子保健の主要な取り組みを提示するビジョンであり、かつ、関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画です。安心して子どもを産み、ゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりという少子化対策としての意義と、少子・高齢社会における健康な生活の実現を目指す「健康日本21」の一翼を担っています。主要課題として、①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減、の四つを挙げて

図2 母子保健事業の立案・評価に必要な情報



います。これらの取り組みはヘルスプロモーションの手法を用いて、各関係団体の取り組み内容の明確化と自主的活動の推進、「健やか親子21推進協議会」の設置、具体的課題を明確にした目標の設定、新たな母子保健の課題に関する現状把握を推進方策として行われて

います。今年には中間評価の年であり、健やか親子推進検討委員会が設置されて、評価と今後の方針を検討しています。中間評価は当初設定された六十余りの目標値の達成度を評価して、今後の方向性を検討することになります。達成度評価を行うに当たっては指標のデータが必要ですが、そのすべてが、既存の資料や日常の母子保健活動で入手できるものではありません。しかし、これらの指標は母子保健の状況を把握して、母子保健活動に活用できるものです。例えば、低出生体重児やSIDS（乳幼児突然死症候群）のリスクである妊婦の喫煙状況は必ずしもすべての市町村で把握されているわけではありませんし、わが国のデータとして情報が入手できる状態はありません。また、子育て不安を抱えたり、心の健康に問題がある母親の把握も十分ではありません。現状把握が十分でない状況では、その地域に最適な子育て支援対策を打ち出したり、個別に支援することはできません。

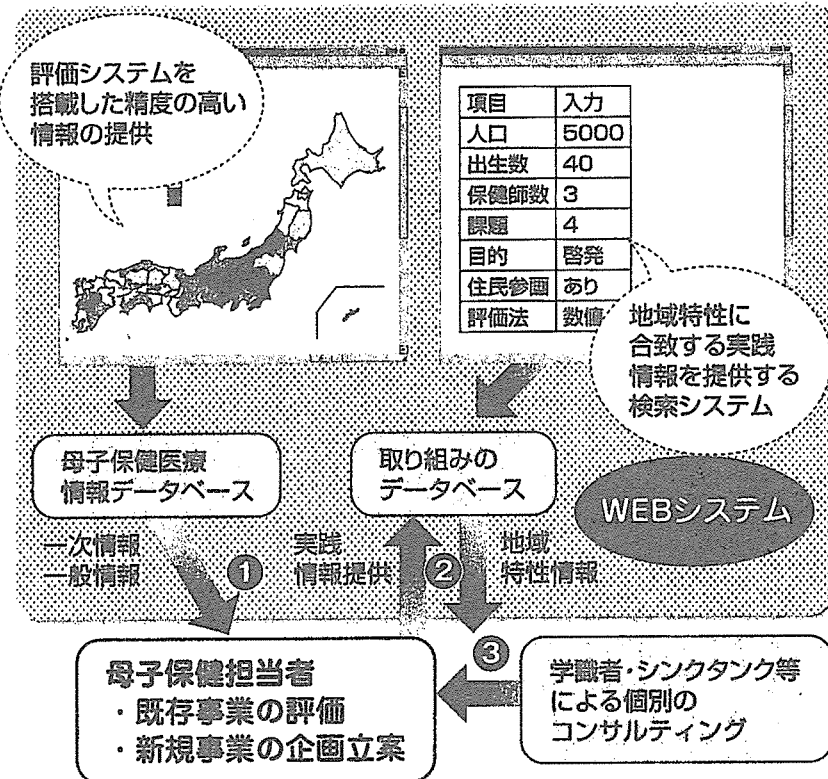
母子保健情報の利用・活用

そこで、私たちはこれらの課題を解決するためには、母子保健情報をいかに有効に活用するかが鍵であると考えて、厚生労働科学研究費によって研究を進めています。

研究の目的は母子保健情報を二つの視点から見直し、情報の収集・利用・活用におけるシステムの開発と構築を目指すものです。同時に、施策立案およびそのフィードバックを目指したマーケティングリサーチの視点から、母子保健情報に関する収集および利用・活用システムを新たに開発もしくは再構築を行うことを目標としています。

現在、母子保健活動に必要な情報の収集と利用・活用が十分に

図3 新しいヘルスケア・コンサルティングシステムのプロトタイプの構築



きていない状況(図2)を改善するために、母子保健情報を既存研究や調査結果の活用と子どもたちの個別データの収集と活用の二面から検討しています。前者は「健やか親子21」の公式ホームページ上に掲載した「母子保健情報データベース」と「取り組みのデータベース」がその役割を担っています(図3)。後者については、地域での母子保健情報を個別データとして電算化して、個別対応を効率よくしたり、地域の課題をクロス集計などで詳しく把握することや可能にし、さらに、市町村単位のみならず都道府県単位、全国の状態把握を、即時的に活用できるシステムの構築を検討しています。介護保険事業で活用されているシステムが参考になりますし、ここ二、三年で急速に整備されてきている市町村の健康分野での電算化が基盤として活用可能であると考えています。

五者連携の情報共有のあり方

また、研究班ではこれらの情報を地域で活用する具体的な方法についての研修会を開催しました。その中で、奈良県で学校保健と地域保健の連携をテーマに「気になる子ども」をどのように支援していくか、その際に必要な子どもの情報をどのように共有するかについての研修会を開催しました。多くの保育士、幼稚園の教諭、保健師、助産師が参加して熱心に検討が行われました。

そこでは、子どもたちと親という対象を同じにしなが、別の職種が一斉に行う研修がなかったために、これまで知らなかった職種によって気になる視点や対応方法に違いがあることをまずはお互いに理解できました。また、医療機関も含めた関係者の情報の共有は基本的に親を中心にしたものであるべきで、情報の伝達には、親を頭越しにするのではなく、親を通じて情報を共有することが望ましいとの意見が多く出されました。しかしながら、親の理解が大きな鍵であるが、その親に問題がある場合も多く、簡単にはいかない現状が報告されました。大切なのは「子ども」であり、いろいろな制約はあっても、このことを基本に関係者で最善の方法をとる必要がある、そのためには、有効に機能する連携システムの整備が必要であるとの結論に達しました。

必要性は理解されても、具体的に誰がシステムを構築するのか、どのようなシステムであれば有効に活用できるのか、個人情報保護などの点はどのように解決すればよいのかなど課題は多くあります。私たちの研究班でその解決策を提示できるように、当事者を中心に多くの関係者の意見を元に検討したいと思っています。

やまがた ぜんたろう 医学博士。山梨医科大学、同大学院卒。同大助手、米國カリフォルニア大学アーバイン校留学を経て、山梨大学保健管理センター助教、平成十一年より山梨医科大学保健学II講座教授。専門は公衆衛生学、人類遺伝学、疫学・ゲノム疫学。厚生労働省「健やか親子21」検討会委員。日本疫学会理事。日本公衆衛生学会、日本衛生学会、日本人類遺伝学会評議員。著書に「地域保健活動のための疫学」などがある。

て策定され、計61にのぼる指標が掲げられています。

5 おわりに

今、改めて「健やか親子21」検討会報

告書」の全文を読みかえしてみても、4つの主要課題それぞれについての問題認識、取組の方向性及び具体的取組の記述が実に行き届いていることに気付かされます。「健やか親子21」は住民や関係団体が自主的に行動し、行政はそれを

バックアップするとう国民運動計画ですが、国としても、この間、いくつかの法律の整備、「子ども子育て応援プラン」などの計画の策定、それに基づく施策が行われてきています。子どもたちと家族を取り巻く状況は今もなお厳

しいのですが、2010年を目前に、「健やか親子21」に示された取組のための活動が着実に進行し、多くの指標が達成されることを期待しています。

「健やか親子21」の中間評価に向けて



山縣然太郎

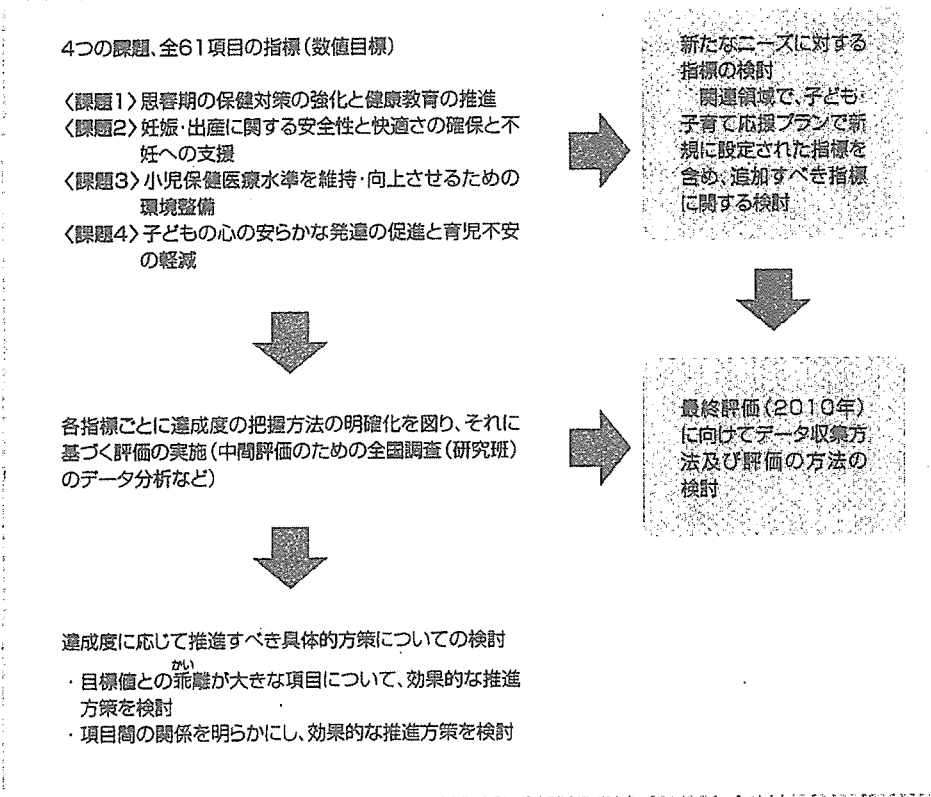
山梨大学大学院医学工学総合研究部
社会医学講座教授

今年「健やか親子21」の中間評価の年であり、「健やか親子21」推進検討会(座長・柳澤正義日本子ども家庭総合研究所副所長)及びそのワーキンググループである「健やか親子21」中間評価研究会(取りまとめ・山縣)と、食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会(取りまとめ・吉池信男独立行政法人国立健康・栄養研究所研究企画評価主幹)が設置されて、評価と今後の方針の検討が開始されました。

中間評価は当初設定された61の目標値、記載された具体的な取組の達成度を評価して、今後の方向性を検討することになります(図)。達成度評価を行うに当たっては指標のデータが必要ですが、そのすべてが、既存の資料や日常

の母子保健活動で入手できるものではありません。例えば、低出生体重児やSIDSのリスクである妊婦の喫煙状況は必ずしもすべての市町村で把握されているわけではありませんし、我が国のデータとして情報が入手できる状態にはありません。また、子育て不安を抱えたり、心の健康に問題がある母親の把握も十分ではありません。しかし、これらの指標は母子保健の状況を把握して、母子保健活動に活用できるものです。現状把握が十分でない状況では、その地域に最適な子育て支援対策を打ち出したり、個別に支援することはできません。

図1 「健やか親子21」中間評価の概要



指標	現状(ベースライン)	2010年の目標
【保健水準の指標】		
1-1 十代の自殺率	*1('00) (人口10万対) 5~9歳 - 10~14歳 1.1 15~19歳 6.4	減少傾向へ
1-2 十代の人工妊娠中絶実施率	*2('00) 12.1 (人口千対) 注) 15歳以上20歳未満の女子	減少傾向へ
1-3 十代の性感染症罹患率	*3('00) (人口10万対) 性器クラミジア感染症 男子 196.0 女子 968.0 淋菌感染症 男子 145.2 女子 132.2 注) 有症感染率 15~19歳	減少傾向へ
1-4 15歳の女性の思春期やせ症(神経性食欲不振症)の発生頻度	*3('02) 不健康やせ 中学3年 5.5% 高校3年 13.2% 注) 「不健康やせ」とは何らかの健康影響をもたらす可能性のあるやせ 思春期やせ症 中学1年~高校3年 2.3% 注) 上記「思春期やせ症」には思春期やせ症の疑いのある生徒を含む	減少傾向へ
【住民自らの行動の指標】		
1-5 薬物乱用の有害性について正確に知っている小・中・高校生の割合	*4('00) 急性中毒 依存症 小学6年男子 53.3% 73.1% 女子 56.2% 78.0% 中学3年男子 62.3% 82.5% 女子 69.1% 90.6% 高校3年男子 70.9% 87.1% 女子 73.0% 94.0%	100%
1-6 十代の喫煙率	*5('96) 中学1年男子 7.5% 女子 3.8% 高校3年男子 36.9% 女子 15.6%	なくす
1-7 十代の飲酒率	*5('96) 中学3年男子 25.4% 女子 17.2% 高校3年男子 51.5% 女子 35.9%	なくす
1-8 避妊法を正確に知っている18歳の割合	*3('01) 男子 26.2% 女子 28.3% 注) 大学1~4年生	100%
1-9 性感染症を正確に知っている高校生の割合	*6('99) 性器クラミジア感染症 男子 11.3% 女子 16.5% 淋菌感染症 男子 15.4% 女子 14.5% 注) 高校1~3年生	100%
【行政・関係団体等の取組の指標】		
1-10 学校保健委員会を開催している学校の割合	*7('00) 72.2% 注) 設置している学校の割合	100%

*1 人口動態統計 *2 母体保健統計 *3 厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究等) *4 薬物に対する意識等調査 *5 健康日本21参照 *6 東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会調査 *7 文部科学省調べ *8 幼児健康度調査 *9 保健所運営報告(現・地域保健・老人保健事業報告) *10 厚生労働省調べ *11 医師・歯科医師・薬剤師調査 *12 衛生行政報告例 *13 乳幼児身体発育調査 *14 日本病院会調べ *15 警察庁調べ *16 社会福祉行政業務報告 *17 日本小児科医会調べ *18 21世紀出生児縦断調査

各課題の取組の目標 (2010年まで)

(平成15年6月17日公表)

きました。
母子保健情報を収集、分析、活用
の3つの視点から見直し、情報の収集・
利活用におけるシステムの開発と同時
に、施策立案及びそのフィードバックを
目指したマーケティングリサーチの視点
から母子保健情報に関する収集及び利
活用システムを新たに開発若しくは再
構築が必要です。

もう一つのキーワードが「連携」です。

まず、省庁の連携について、「健やか親
子21検討会報告書」では当時の厚生省
と文部省の連携を強く打ち出していま
す。特に、思春期の課題に対してこの
連携は必須です。しかし、この5年間
の実績は必ずしも十分とは言えない評
価となりそうです。次に、都道府県と
市町村の連携ですが、母子保健事業の
都道府県から市町村への移行に伴い、
情報の収集と利活用など広域での取組

が必要な事業が停滞しないような働き
かけが必要です。さらに、現場では、
課題を抱えた親子を支援するために家
庭、地域(行政)、保育園・幼稚園、学
校、医療機関における有効に機能する
連携システムの整備が必要ですが、個
人情報の取扱いや責任の所在の不明確
さ、人材不足などの問題を抱えており、
その整備には至っていない現状がうかが
えます。また、本年全国の市町村で策

定された次世代育成支援対策推進法
に基づく行動計画には、従来の母子保
健計画が盛り込まれることとなっていま
すが、実績は十分とは言えないようにで
す。これには、児童福祉と母子保健の
十分な連携が必要と考えられます。
中間評価ではこれらの視点を軸にデー
タの解析と具体的な方策についての検討
を行っています。

3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備		
指 標	現状(ベースライン)	2010年の目標
3-3 新生児死亡率 乳児(1歳未満)死亡率	*1('00) (出生千対) 新生児死亡率 1.8 乳児死亡率 3.2	世界最高を維持
3-4 乳児のSIDS死亡率	*1('00) 26.6(出生10万対)	半減
3-5 幼児(1~4歳)死亡率	*1('00) 30.6(人口10万対)	半減
3-6 不慮の事故死亡率	*1('00) (人口10万対) 0歳 18.2 1~4歳 6.6 5~9歳 4.0 10~14歳 2.6 15~19歳 14.2	半減
【住民自らの行動の指標】		
3-7 妊娠中の喫煙率 育児期間中の両親の 自宅での喫煙率	*13('00) 妊娠中の喫煙 10.0% *18('01) 育児期間中の喫煙率 父親 35.9% 母親 12.2%	なくす
3-8 妊娠中の飲酒率	*13('00) 18.1%	なくす
3-9 かかりつけの小児科医 を持つ親の割合	*8('00) 81.7% 注)1~6歳児の親	100%
3-10 休日・夜間の小児救急 医療機関を知っている 親の割合	*3('01) 1.6ヶ月児 86.6% 3歳児 88.8%	100%
3-11 事故防止対策を実施し ている家庭の割合	*3('01) 1.6ヶ月児 4.2% 3歳児 1.8%	100%
3-12 乳幼児のいる家庭 で、風呂場のドアを乳 幼児が自分で開ける ことができないよう工 夫した家庭の割合	*3('01) 31.3% 注)1.6ヶ月児のいる家庭	100%
3-13 心肺蘇生法を知ってい る親の割合	*3('01) 1.6ヶ月児 19.8% 3歳児 21.3%	100%
3-14 乳児期にうつぶせ寝をさ せている親の割合	*3('01) 3.5%	なくす
3-15 1歳までにBCG接種を終 了している者の割合	*8('00) 86.6%	95%
3-16 1歳6か月までに三種混 合・麻疹の予防接種を終 了している者の割合	*8('00) 三種混合 87.5% 麻疹 70.4%	95%
【行政・関係団体等の取組の指標】		
3-17 初期、二次、三次の 小児救急医療体制が 整備されている都道 府県の割合	*3('01) 初期 70.2% 二次 12.8% 三次 100%	100%
3-18 事故防止対策を実施し ている市町村の割合	*3('01) 3~4ヶ月児健診 32.6% 1.6ヶ月児健診 28.6%	100%
3-19 小児人口に対する小児 科医・新生児科医師・ 児童精神科医師の割 合	('00) (小児人口10万対) *11 小児科医 77.1 *3 新生児科に勤務する医師 3.9 *3 児童精神医学分野に取り組 んでいる小児科医もしくは 精神科医 5.7 注)小児人口は0~14歳 注)[児童精神医学分野に取り組んでいる小 児科医もしくは精神科医]とは、児童青 年精神医学会に所属している医師	増加傾向へ

1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進		
指 標	現状(ベースライン)	2010年の目標
1-11 外部機関と連携した 薬物乱用防止教育等 を実施している中学 校・高校の割合	*4('00) 中学校 警察職員 33.8% 麻薬取締官等 0.1% 高等学校 警察職員 32.7% 麻薬取締官等 4.0% 注)それぞれ1~3年生	100%
1-12 スクール・カウンセ ラーを配置している 中学校(一定の規模 以上)の割合	*7('01) 22.5% 注)[中学校(一定の規模以上)]とは3学級 以上の公立中学校	100%
1-13 思春期外来(精神保 健福祉センターの窓 口を含む)の数	*3('01) 523か所	増加傾向へ
2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援		
指 標	現状(ベースライン)	2010年の目標
【保健水準の指標】		
2-1 妊産婦死亡率	*1('00) 6.6(出生10万対)	半減
2-2 妊娠・出産について満足 している者の割合	*8('00) 84.4%	100%
2-3 産後うつ病の発生率	*3('01) 13.4%	減少傾向へ
【住民自らの行動の指標】		
2-4 妊娠11週以下での妊 娠の届出率	*9('96) 62.6%	100%
2-5 母性健康管理指導事 項連絡カードを知って いる妊婦の割合	*3('00) 6.3%	100%
【行政・関係団体等の取組の指標】		
2-6 周産期医療ネットワーク の整備	*10('00) 14都府県	('05) 全部道府県
2-7 正常分娩緊急時対応 のためのガイドライン (仮称)の作成	—	作成する
2-8 妊産婦人口に対する産 婦人科医・助産師の割 合	('00) (妊産婦人口10万対) *11 産婦人科医 842.3 *12 助産師 1953.7 注)[妊産婦人口]とは妊娠の届出をした数	増加傾向へ
2-9 不妊専門相談センターの 整備	*10('00) 18都道府県(18か所)	('05) 全部道府県
2-10 不妊治療を受ける際 に、患者が専門家 によるカウンセリングが 受けられる割合	*3('01) 24.9%	100%
2-11 不妊治療における生殖 補助医療技術の適応 に関するガイドライン (仮称)の作成	—	作成する
3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備		
指 標	現状(ベースライン)	2010年の目標
【保健水準の指標】		
3-1 周産期死亡率	*1('00) 5.8(出生千対) 3.8(出生千対)	世界最高を維持
3-2 全出生数中の極低出 生体重児の割合 全出生数中の低出生 体重児の割合	*1('00) 極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 8.6%	減少傾向へ

「健やか親子21」推進検討会構成員

(学識経験者等)

- 衛藤 隆 東京大学大学院教育学研究科教授
- 齊藤万比古 国立精神・神経センター
精神保健研究所 児童思春期精神保健部長
- 才村 純 日本子ども家庭総合研究所
ソーシャルワーク研究担当部長
- 杉山千佳 育児ジャーナリスト
- 曾根智史 国立保健医療科学院 公衆衛生政策部長
- 戸田律子 パースエドゥケーター
- 中野仁雄 九州大学副学長
- 柳澤正義 日本子ども家庭総合研究所副所長
- 山縣然太郎 山梨大学大学院 医学工学総合研究部教授
- 吉池信男 独立行政法人国立健康・栄養研究所
研究企画・評価主幹
- 森 晃剛 産業医科大学教授

(関係団体代表者・自治体)

- 伯井俊明 (社)日本医師会常任理事
- 石井みどり (社)日本歯科医師会常務理事
- 岩月 進 (社)日本薬剤師会常務理事
- 漆崎育子 (社)日本看護協会常任理事
- 江角二三子 (社)日本助産師会事務局長
- 中村丁次 (社)日本栄養士会会長
- 長野みさ子 全国保健所長会常任理事
- 村田昌子 全国保健師長会会長
- 椎葉茂樹 富山県厚生部次長

計20名 ○座長(50音順、敬称略)

「健やか親子21」中間評価研究会

- 尾崎 俊之 (自治医科大学公衆衛生学助教授)
- 加藤 則子 (国立保健医療科学院研修企画部長)
- 川島 広江 (川島助産院院長)
- 清古 愛弓 (東京都教育庁学務部学校健康推進課課長)
- 玉原 浩司 (名古屋大学医学部・大学院医学系研究科助教授)
- 藤内 修二 (大分県福祉保健部健康対策課課長)
- 中坂 育英 (国立保健医療科学院公衆衛生看護部研究官)
- 松浦 賢長 (福岡県立大学看護学部教授)
- 山縣 然太郎 (山梨大学大学院医学工学総合研究部教授)

食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会

- 堤 ちはる (日本子ども家庭総合研究所
母子保健研究部栄養担当部長)
- 平原 史樹 (横浜市立大学大学院医学研究科教授)
- 福井 トシ子 (杏林大学医学部付属病院看護部長)
- 福岡 秀興 (東京大学大学院医学系研究科発達医科学助教授)
- 本田 桂子 (女子栄養大学教授)
- 吉池 信男 (独立行政法人国立健康・栄養研究所研究企画・評価
主幹)

○印 研究会取りまとめ 下線 「健やか親子21」推進検討会構成員

3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備		
指 標	現状(ベースライン)	2010年の目標
3-20 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合	*14 ('01) 院内学級 30.1% 遊戯室 68.6%	100%
3-21 慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が整備されている市町村の割合	*3 ('01) 16.7%	100%
4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減		
指 標	現状(ベースライン)	2010年の目標
【保健水準の指標】		
4-1 虐待による死亡数	*15 ('00) 44人 注)児童虐待事件における被害児数	減少傾向へ
4-2 法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数	*16 ('00) 17,725件 注)児童相談所での相談処理延べ件数	増加を経て減少へ
4-3 子育てに自信が持てない母親の割合	*8 ('00) 27.4%	減少傾向へ
4-4 子どもを虐待していると思う親の割合	*8 ('00) 18.1%	減少傾向へ
4-5 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合	*8 ('00) 68.0%	増加傾向へ
【住民自らの行動の指標】		
4-6 育児について相談相手のいる母親の割合	*8 ('00) 99.2%	増加傾向へ
4-7 育児に参加する父親の割合	*8 ('00) よくやっている 37.4% 時々やっている 45.4%	増加傾向へ
4-8 子どもと一緒に遊ぶ父親の割合	*8 ('00) よく遊ぶ 49.4% 時々遊ぶ 41.4%	増加傾向へ
4-9 出産後1か月時の母乳育児の割合	*13 ('00) 44.8%	増加傾向へ
【行政・関係団体等の取組の指標】		
4-10 周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している二次医療圏の割合	*3 ('01) 85.2% 注)保健所の割合	100%
4-11 乳幼児の健康診査に満足している者の割合	*8 ('00) 30.5% 注)保健所・保健センターでの健康診査	増加傾向へ
4-12 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合	*3 ('01) 64.4%	100%
4-13 常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合	*10 ('01) 3.3%	100%
4-14 情緒障害児短期治療施設数	*10 ('00) 17施設(15府県)	全都道府県
4-15 育児不安・虐待親のグループの活動の支援を実施している保健所の割合	*3 ('01) 35.7%	100%
4-16 親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合	*17 ('01) 6.4%	100%

「健やか親子21」推進検討会について

〈目的〉「健やか親子21」の中間評価や、食を通じた妊産婦の健康支援方策など、「健やか親子21」の推進について検討を行うことを目的として「健やか親子21」推進検討会を開催する。

「健やか親子21」推進検討会

(学識経験者及び関係団体代表者等から構成 検討メンバー20名)

〈検討課題〉

- ◆「健やか親子21」中間評価について
- ◆食を通じた妊産婦の健康支援方策について
- ◆その他、推進に関する事項について

平成17年2月

6月

10月

12月

平成18年2月

最終報告

平成18年2月

報告

「健やか親子21」
推進検討会の様子

最終報告

平成17年12月



「健やか親子21」中間評価研究会

(学識経験者等 9名)

(2月～平成18年1月5回程度開催)

〈検討課題〉

- ◆各指標ごとの達成度の把握・評価
- ◆新たなニーズに対する指標の設定(子ども・子育て応援プランで新規に設定された数値目標などの検討)
- ◆目標値に対する達成度を踏まえた今後の推進方策 等

食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会

(学識経験者等 6名)

(2～9月4回程度開催)

〈検討課題〉

- ◆妊婦・授乳婦のための食生活指針の作成
- ◆妊娠期の至適体重増加チャートの作成
- ◆上記の解説マニュアルの作成

健やか親子21推進協議会参加団体一覧

(平成17年8月末現在)

NO	団体名	NO	団体名	NO	団体名
1	乳幼児突然死症候群(SIDS)家族の会	26	(社団)日本産科婦人科学会	51	日本小児歯科学会
2	(社福)恩賜財団母子愛育会	27	(社団)日本歯科医師会	52	日本小児総合医療施設協議会
3	(財)家庭保健生活指導センター	28	日本思春期学会	53	有限責任中間法人日本周産期・新生児医学会
4	(社団)国民健康保険中央会	29	日本児童青年精神医学会	54	日本学校保健学会
5	子どもの心・体と環境を考える会	30	(社団)日本小児科医学会	55	日本小児神経学会
6	(NPO)児童虐待防止協会	31	(社団)日本小児科学会	56	(財)日本食生活協会
7	(財)性の健康医学財団	32	日本小児看護学会	57	全国病児保育協議会
8	全国児童相談所長会	33	日本小児救急医学会	58	性と健康を考える女性専門家の会
9	全国児童相談所心理判定員協議会	34	(社団)日本小児保健協会	59	日本外来小児科学会
10	全国市町村保健活動協議会	35	日本助産学会	60	日本糖尿病・妊娠学会
11	(社福)全国社会福祉協議会	36	(社団)日本助産師会	61	日本母乳哺育学会
12	全国情緒障害児短期治療施設協議会	37	日本性感染症学会	62	(社団)日本女医会
13	全国助産師教育協議会	38	日本赤十字社	63	日本産業衛生学会
14	(社団)全国ベビーシッター協会	39	日本タッチケア研究会	64	日本小児循環器学会
15	全国保健所長会	40	日本保育園保健協議会	65	(社団)日本泌尿器科学会
16	(社団)全国保健センター連合会	41	(社福)日本保育協会	66	日本臨床心理士会
17	全国保健師長会	42	(財)日本母子衛生助成会	67	全国母子保健推進員連絡協議会
18	全国養護教諭連絡協議会	43	日本母性衛生学会	68	(財)児童健全育成推進財団
19	(NPO)難病の子ども支援全国ネットワーク	44	(社団)日本産婦人科医会	69	(財)日本性教育協会
20	(社団)日本医師会	45	日本母乳の会	70	すくすく子育て研究会
21	(社団)日本栄養士会	46	(社団)日本薬剤師会	71	(財)子ども未来財団
22	(社団)日本家族計画協会	47	(社団)日本理学療法士協会	72	健康日本21推進フォーラム
23	(財)日本学校保健会	48	(財)母子衛生研究会	73	(財)母子健康協会
24	(社団)日本看護協会	49	(社団)母子保健推進会連	74	日本不妊看護学会
25	日本公衆衛生学会	50	(社団)母子用品指導協会	75	日本乳幼児精神保健研修研究会FOUR WINDS



幼稚園における性教育の実践

福岡県立大学看護学部地域・国際看護学講座教授 松浦 賢長
性教育学者

京都教育大学附属幼稚園養護教諭 小松原かおり

大阪市立幼稚園養護教諭 安田 梓

今、全国的に注目されつつあるのが、カフェテリア方式による性教育です。カフェテリア方式は2004年に、性教育学者、松浦賢長先生によって開発された新しい性教育です。このコーナーでは6回シリーズでその理論と実践について詳しく紹介していきます。

1回目は「新しい性教育」について、その背景と理論など、最新のデータを基に詳しく紹介いたしました。2回目からは実践編です。2～4回目は小学校の実践、5回目は中学校の実践、6回目は高等学校の実践を報告しました。

今回は読者のご要望によりシリーズを1回追加し、幼児期の性教育について、松浦先生の理論を紹介し幼稚園の実践を報告いたします。

1. 幼児期における性教育概論

(1) 子どもは何に育ちゆくのか

子どもは育ちゆく存在である。では何に育ちゆくのか。人間性豊かな存在に（すなわち人間に）、である。人間性を育ちゆく存在、それが子どもである。脳科学は、人間性をつかさどる脳の部位（前頭連合野）の構造と機能の関係を明らかにしつつある。その部位の構造・機能の発達ならびに、その機能の発揮のされ方に影響する前頭連合野のモノアミン類の働きについても理解が進んでいる。自分という意識、自我意識が脳のどこにいくつあるのかもおおむね見当がついてきている。

子どもたちは育ちゆく存在である。では何が育つのか。まずからだが育つ。人間性が豊かに育つためには、からだの中でも「脳」が育たなくてはならない。が、その「脳」を育てるための仕組みや仕掛けが、現在の社会では弱体化している。人間性を育てるための仕

組みや仕掛けが社会から消失しつつあり、子どもがそのままでは「普通に」（人間性豊かな存在に）育たなくなっている。

わたしたちの親や祖父母の時代にはそれらの仕掛けや仕組みがまだ社会に残っていた。上の世代の行ってきたことを疑念なく引き継いでいくという謙虚な態度が作り出す社会では、それらの仕組みや仕掛けが潜在的に伝わっていたのだと推測される。

現在の社会では、子どもたちが「普通に」育っていくとはどういうことなのかがわからなくなってきた。もし、読者の皆さまが（わたしと同じく）一世代前の方ならば、子どもたちが「普通に」育っていったというあの記憶をどうか忘れないでほしいと思う。「普通に」育つということがどういうことかがわかって最後の世代かもしれないがゆえに。

(2) 人間性とは何か

人間性とは何かについては、古くは宗教や文学がその答えを担当してきた。現代では、

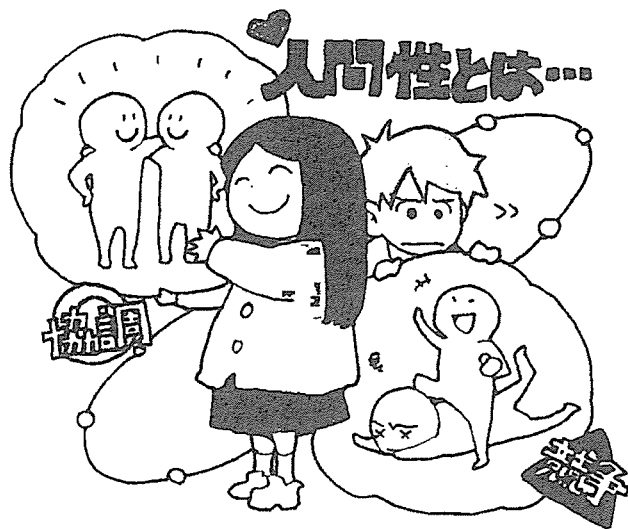
たとえば脳科学においては、人間性とは（一部をあげれば）、人間が作り出した「社会」を生きる力とみなされている。では、その力とは何か。人と戦い、負け組ではなく勝ち組になる力だろうか。そうではない。勝ち負け・攻め守りの力というよりも、他人と協調（cooperation）していく力と言った方が人間性をあらわすには適当であることがわかっている。

脳科学者である澤口俊之教授によれば、他人と協調していく力とは、この複雑な社会で、自分の脳を操作し、他人の脳を操作する（操作される）という複雑なやりとりをする力のことである。社会性という一般的な言葉をここに用いてもあながち間違いではないだろう。この力には先の前頭連合野が大きくかかわっている。

（3）幼児期とはどんな時期か

まず、幼児期は乳児期の後にやってくる。乳児期で「普通に」育つためには、身体接触を基本とした、周囲（とくに母親）との感情や言葉（らしきものでもよい）のやりとりが重要になる。母乳哺育の重要性は、動物実験でも確かめられている。母乳哺育が「普通」に行われているとは言えない現在（生後1～2カ月時点で40パーセント台中盤足らず）では、周囲との（からの）よりきめ細やかなやりとりや、適度な刺激が必要となっている。

乳児期から5歳前後にかけて、前頭連合野を含むシナプス密度が急激に上昇していく。この5歳前後のピークから思春期にかけて、その神経回路の発達には、今度は逆に減少して（間引きされて）いくことがわかっている。人間性が豊かに育つには、この神経回路の増加と減少の仕方（選択的回路発達）が関与している。そして、この人間性の基礎となる脳の発達には重要な時期というものがあり、それがまさに幼児期であることがわかっている。幼児期につくられた神経回路の基本的な枠組みは、その後維持される。すなわち「三つ子



（幼児）の魂百まで」を科学が明らかにしている。

幼児期にはまずこの脳を人間性豊かに育てることが最も重要なことになる。人間性豊かに育たない脳は、社会性の欠如はもとより、攻撃的行動や、性の問題（行動など）に関連することが脳科学の分野では証拠を持って指摘されはじめている。若年における性の問題を減らそうとするならば、幼児期では、性に注目するというよりも、人間性の発達に着目する必要がある。

（4）性という本能

ヒトが存在する究極要因（ultimate factor）は、子どもを残すことである。ヒトが社会をつくるのも、この究極要因のためといえる。性は生物の生殖のシステムのひとつであり、この究極要因に本質的に結びついている。思春期に入ると、この性という遺伝的プログラム（本能）が解き放たれる準備ができてくる。

本能とは、誤解が多いようだが（それゆえに生物学では使われなくなってきている）、その個体が生きていくために必要な行動を指す用語というよりも、究極要因のために組まれた遺伝的なプログラム（進化的基盤を持つ）を指す言葉である。ここにわが国の性教育業界の混乱の一因がある。

まず、「性は本能ではない」と偏った理解をしている場面が多いことがあげられる。その

ような場面では、「性（行動）は自分が生きていくために必須ではないから本能ではない」「性（行動）をしなくても自分が死ぬわけではない」というような理解がされているが、学術的に正しい見方ではない。

次に、遺伝的プログラム（本能）は適切な時期に適切な解発因子（リリーサー）を必要とするということの理解の不十分さについてである。この本能と、解発因子は、必ずしも同じ種類のものである必要はない。たとえば、性という本能が安定して発現されるには、小さなころに十分に豊かな性を歩む（解発因子）ことが必要だと、単線的に考える必要はないということである。むしろそのような考えは視点を狭くする。

本能に結びついた性というものの理解が十分でない。「思春期の性の問題を防ぐには、幼児期からの性に関する（望ましい）経験や（正しい）知識が必要だ」という単線的な理解をしてしまいがちである。大脳生理学者である大島清教授によれば、性という本能の発現の前に群れるという本能の発現があり、さらにその前には食の本能の発現という順序があるという（子どもが「普通に」育つことをわかる世代には理解できるステップであろう）。8年を単位として大まかに整理すると、健やかな食を基礎に脳が育まれ（～8歳程度）、健やかな（群れ）遊びを基礎に脳が育まれ（4～12歳程度）、そして健やかに社会を生きる脳、しなやかに性を生きる脳が育まれていく（10～18歳程度）といえる。

思春期以降の性の本能を支えるものは、幼児期でいえば、性というよりも食の本能（から群れる本能）ということになる。健やかな食を生きることによる脳育てが重要といえる。が、この考えは、じつは目新しいものではない。思春期の心身の問題に長らくアプローチを続けている森崇先生（日本思春期学会副理事長）は、子育てのやり直しの中心に「食」をおいて成果を上げていることで知られている。

（5）幼児期の性教育

ここでは性教育を2種類に分けてみよう。人格（人間性がつくるもの）を育てていくという広い意味の性教育（広義）と、性事象や性の問題に焦点を当てた性教育（狭義）の2つに、である。

幼児期の性教育は大切か、という問いに対する答えを用意するのは難しい。この問いが何を目的として投げかけられたのかにもよるが、多くの場合、これは上述の単線的思考の上に出てくる問いといってよい。幼児期の性が、児童期の性につながり、そして思春期の性を形づくるという縦断的な単線思考である。思春期の性から、性という線をたどって幼児期にさかのぼるといふ単線である。この単線的思考からの問いに答えるならば、他に相対的に重要なことがある、となる。

参考までにいえば、単線的思考は、横断的な場面にも見られる。たとえば思春期において、性の問題が顕在化したときに、性教育が大切だと科学的根拠なく説くというものである。「性の問題には性を題材にした対策を」と考えるのは、横断的な単線思考の代表的なものである。科学的根拠は、しばしば、性とは直接関連のない対策の有効性を教えてくれる。

では、幼児期において広義の性教育と狭義の性教育はどちらが大切か。これは、広義の性教育をベースにし、ケースバイケースで狭義の性教育を個々に応じて実践していくという答えになるだろう。

科学の見方をもってすれば、人間性を豊かに発達させないと、性行動にも問題が生じる、ということになる。あるいは、幼児期には食の力をつけ、児童期には群れる力をつけ、そして思春期には性の力をつけていく、ということになる。そのための環境づくり、親子支援はどのようにあるべきか、課題は多い。

幼児期の性教育（広義）は、たとえば、食のあり方をはじめとして、健やかな食を保証する生活習慣、さらには健やかな生活習慣を

維持するための子どもの自己効力感の獲得など、人間性を豊かに育む取り組みが基本となる。これらの基本をないがしろにしては、そもそも人間性の土台が育ちゆかず、その上に展開されるその後の性教育（狭義）は砂上の楼閣となる可能性がある。

(6) 恥ずかしいという高等感覚

性教育界では、しばしば「性を恥ずかしいものである」と教えてはいけないという考えが見られる。これはまったくの科学的根拠を欠く考えである。「名誉と恥」という場合に用いられる「恥」と、「恥じらい」という場合の「恥ずかしい」を混同している（三國和美）。あえて英訳するならば、前者は<shameful>であり、後者は<not decent>である。

「性を恥ずかしいものである」と教えてはいけないという考えは、人間性の発達にとっては、逆に有害な考え方である。「恥ずかしい」という人間にみられる高等感覚をいかに子どもたちに獲得させていくか、は脳育ての重要な部分であることが脳科学から指摘されている。そして、これは幼児期のトレーニングが最もものをいう。

恥ずかしいという高等感覚は主に人間にみられるものである。それは、社会性の基礎となるものである。他者の存在を想定し、自己（自分の脳）を制御するという（難易度の高い）人間性のトレーニングが、そこに必要となる。養護学校における性教育で現場の先生方（保護者も）が最も難しさを感じているのが、いかに子どもたちに社会性をつけさせるか、具体的には、いかに性に関する事象に恥ずかしいという高等感覚を付与し育てるか、ということである。子どもたちにおける（性に対する）恥ずかしいという感覚は、自然とわき出るものではない。知らず知らずのうちに（以前は）「普通に」身に付いていたにすぎない。

この分野（特別支援教育）における、性に恥ずかしいという高等感覚を付与する（育てる）介入研究は、長崎大学の宮原春美先生に

より取り組まれている。脳科学の考えと一致するこの宮原先生の取り組みについて、性教育学は注目しているところである。

(7) いのちの抽象性

「いのち」という言葉を見てみよう。この言葉は平仮名3文字で成り立っているが、決して平易な概念ではない。生命という言葉の方がはるかに平易である。この「いのち」という言葉は、おそらく「人権」という言葉よりも抽象度の高いものだと考える。

そもそも幼児期には、いのちという大変抽象度の高い概念は理解しがたい。子どもの発達を理解するならば、幼児期は抽象性を発達させる（た）時期ではなく、出生直後（母乳哺育など）から続く「具体性」を発達させる時期だといえる。この時期は脳の発達とリンクしており、約8歳、小学校低学年ころまで続く。「抽象性」を発達させる時期は、「関係性」を急伸させる時期の後に訪れ、現在では「普通に」育てば、それは思春期の入り口とほぼオーバーラップする。すなわち、おおよそ小学校高学年（11歳）以降ということになる。いのちという言葉は、われわれとある程度同じに理解しはじめるのがこの時期だということになる。

(8) いのちの理解の3段階

いのちという概念は、脳の発達（人間性の発達）にあわせ、3段階に育っていくと考えている。

まずは、約8歳までの具体性を育む時期の「いのち」を見てみる。この時期に理解される「いのち」は、具体的な「もの」のレベルであり、動く・動かない、あるいは、流れている・流れていない、いる・いない、というレベルのものである。この時期には、「いのち」の具体的な諸相に触れさせる十分な経験と環境が必要と考える。

約6歳から10歳ごろまでの関係性を育む時期には、子どもたちは「いのち」を操作可能

な「こと」としてとらえる。小さな虫や魚の生命をつぶしたり、殺したりする、という大人から見れば残酷な振る舞いにも思える時期を通過する。そしてその後(約11歳~)、子どもたちは大人とようやく共有できる「いのち」の概念を所有しだす。それは周縁のない「想い」のレベルであり、抽象度が大変高い「いのち」の理解に到達する。

この3段階には、順序性がある。この考えからみると、幼児期においては、いのちの大切さを教えるよりも、より多くの具体的な生

命事象に触れる経験や体験をさまざまな場面で積ませることの方が、はるかに将来に寄与すると言える。

(9) 普通に育てるには

最後に、著者が最近拝受した先達のアドバイスを記し、この項にかえることにする。

「早寝早起き朝ご飯 笑顔で挨拶 外遊び」

賀久はつ(福岡県助産師会会長)

「土を忘れた子どもは滅びる」

大島清(京都大学名誉教授)

幼稚園における実践

(1) A幼稚園の実践(広義の性教育)

- ・本幼稚園の性教育については、子どもたちの遊びの中で指導を行っていくことを基本としています。

A: 園には広い畑があり、四季折々の果実や草木が季節の移り変わりを知らせてくれ、虫たちが子どもたちを楽しませてくれます。

初夏から夏にかけて、はっさくやゆずの葉にはアゲハチョウの幼虫が見られるようになります。子どもたちはクラスに持ち帰り、葉っぱを食べる様子を見ながら「早くちょうちょにならんかな～」と成長を楽しみにしています。やがてさなぎになり、羽化を迎え、きれいな羽をゆっくり広げ飛び立っていくアゲハチョウの姿はとてもわくわくする一瞬です。

そんなあるとき一匹のアゲハチョウが羽化に失敗し、羽がちぎれ飛び立とうにも飛び立てない羽となって誕生を迎えたことがありました。畑にアゲハチョウを連れて行き、空へ飛び立たせようとしてますが、なかなか飛び出せずもがいていました。

すると年長の女の子たち数人がそのアゲハチョウを手に抱え保健室にやってくると、悲壮な顔で「先生羽が破れて飛ばれへんねん、先生葉塗ってあげて助けてや～」

養護教諭「そっか、そっか、痛そうだね。ちょっと綿で押さえてみるね。ちょっとアゲハチョウさん用のお葉探してみるよ」

子どもたちは心配そうに「治るかな……」「先生だったら大丈夫だよ!!」

養護教諭「ちょっと保健室でお休みさせてあげとくね、また後で様子を見にきてね」と言うと、少し心配そうに保健室を去っていきました。

養護教諭としてアゲハチョウの来室者ならぬ来室ちょうちょは初めてだったため、他の担任の先生や図鑑を読んだりしたのですが、なかなかよい対処方法が見つからず、頭を悩ませた結果、とりあえず羽を小さなテープで少し固定した状態にしました。

その状態のアゲハチョウをそっと逃がしてみようと園庭に出ると、先ほどの子どもたちや周りにいた子たちがよってきて「治った??」養護教諭「うーん……どうかな……。痛くなくなったかな?」

「そうや!! 風のあんまりふかん所やったら大丈夫ちゃう??」「じゃあ、このへんで飛ばしてみる??」

壁と壁の間の細いすき間を見つけた子どもたちと私は、そのアゲハチョウをそっとその間に置きました。ふらふらと歩くアゲハチョウを見て「がんばりやー」「飛ぶんやで～」と声をかけていました。

養護教諭「いっぱい応援して、パワーをあげられたね。でもあんまりアゲハチョウがびっくりするといけなからそっとしてあげる?」と声をかけ子どもたちは各保育室に帰っていきました。

その後もう一度見ると、アゲハチョウはいませんでした。子どもたちは「お空へ飛んでいったやん!!」

「あっ!! あっちに飛んでるやつちゃう??」と口々に満面の笑顔でした。

果たして、本当にアゲハチョウは養護教諭の処置で治ったのか、それで飛んでいったのか、本当のところはどうかわかりません。もしかしたら、アゲハチョウの羽がボロボロで、もう飛び立てないという事実を知ることが大事だったのかもしれない。

ですが、子どもたちが一生懸命考え、感じ、「保健室に行ったら助けてもらえる。そしてアゲハチョウが飛び立てるようになる」という気持ちを大事にしたいと思いました。悲しい体験をし、そして考え、行動し、信じてアゲハチョウが飛び立ったんだ！！みんなで喜び合えたうれしさというさまざまな感性を大切にしたいと思います。

幼稚園では、子どもたちはたくさんの気づきを知ります。その中で虫をつぶしたり、草木を引っっこ抜いたりすることもあります。お友だちをたたいてしまうことや、嫌な思いをすることもあります。ただ、それが「あかん!!」ということだけを伝えるのではなく、「なぜあかん!!」のか、ただ「あかん!!」というだけでなく「なぜかな?」「どうしてだろう??」と子ども自身が考え、感じて、そして今後の行動につなげていければと思います。

いろいろな経験や体験をし、「感動」がたくさんできる子どもたちに育っていくことを保健室から発信していくことが今後の性教育につながっていく第一歩になればと願っています。

B：誕生月の子どもにはその月に身長・体重測定を行い、ひとつ大きくなったことを伝えます。その中で赤ちゃんから今までどうやって育ってきたのかな?と話をします。絵本「おへそにきいてごらん」を見て、おへそって不思議だよね～という話や、「おなかの中ってどうだった??」と聞くこともあります。

子どもたちは「おなかの中は暗かったでー!」「覚えてないよー!!」「三角座りしててん」「でも明るいときもあったよー!!」などさまざまな話をしてくれます。

それらの会話を保護者に伝えると、驚いた様子で「ほんまですか??」と疑い半分の方やびっくりされる方がおられ、「ぜひ家庭でも聞いてみてください」とお話します。中には「おなかの中のことを教えてくれました!」と報告してくれる保護者もおられます。

あらためて、生まれてきたことを家庭で話すきっかけとなればと思っています。

(2) B幼稚園の実践(狭義の性教育)

	経過	Mの表情や養護教諭のかかわり
4歳 6月	けがをしたと訴えて頻回来室するようになる。最初のころの来室理由は、家庭でのけがや手指の逆むけなどが多かった。	<ul style="list-style-type: none"> ・けがをしたと保健の部屋に来るが、消毒を必要としないケースが多かった。家庭でのけがで時間がたち、傷口がふさがって治りかけていることを告げると不満そうな、何か手当てをしてほしいと言いたげな表情になる、保健の部屋に来る理由がけがだけではないように感じる。 ・担任にMの来室状況やそのときの様子を話すと「母の妊娠がわかり、体調もよくないのでMに気が回らないからではないか?」と推測していた。担任にMの保健の部屋での様子や気になることを伝え保育室での姿を伝えてもらい情報を共有し、見守ることにした。
9月	2学期に入るとすぐ、腹痛や倦怠感を訴え保健の部屋に来室するようになる。担任と話し合い保健の部屋で、ゆったりした雰囲気、気持ちを受け止めるようにかかわることにした。	<ul style="list-style-type: none"> ・保健の部屋に来たときは、ゆっくり話を聞きながら消毒などの処置が必要なけがのときも手当てが終わると、ひざに乗せてゆっくり話を聞いたり、スキンシップをとったりして丁寧にかかわることで自分を受け入れられている安心感を感じられるように心がけた。 ・降園時保健の部屋に来ている様子を伝えるときに、保護者にも第二子の妊娠期や出生後に第一子が不安定になることがあることを話し、保健の部屋に頻回来室することも温かい目で見守っていきたいことを話した。
10月 ・ 11月	保健の部屋の来室が落ち着いた。	幼稚園での様子を保護者に伝えたことから家庭のかかわりを気をつけるようになったことや、母親の妊娠安定期に入り体調が安定しMちゃんの育児にも時間がもてる余裕が出来たためではないかと思われる。

1月	<p>3学期に入ってすぐふたたび、頻回来室するようになった。来室理由は「しんどい」と言って来るようになった。軽いかぜ症状や微熱があることもあった。出産が近づいて、ふたたび母親に余裕がなくなったからであろうと考えていた。</p>	<p>M「しんどい」と言って保健の部屋に来る。微熱があったのでベッドに休養させて母親の迎えを待つことになる。ベッドで休養させて、絵本を見ながらいろいろ話をした。</p> <p>養護教諭「Mちゃん、もうすぐお姉さんになるんだってね」と話すと、表情が曇った。「先生ね、Mちゃんに見てほしい絵本があるんだけど見てみない？」</p> <p>M「いいよ」。絵本の読み聞かせをした（『あなただてほんとうにしあわせね』童話館出版）。絵本の中の主人公の女の子に弟ができる。幼児でもわかりやすいように母親の妊娠期や出産のころの家庭の様子や弟が家に来て主人公の家庭環境の変化、そして少女が、弟がいる新しい暮らしを受け入れ、家族が増えたことを喜びと感じるようになるまでが描かれている。Mも主人公と同じ弟が生まれる予定であり、Mも知っていたので自分と同じような少女が主人公の絵本に興味をもって見てくれると思った。表情を変えずに見つめていた。</p> <p>この絵本をMに読み聞かせたいと思ったのは、母親の妊娠をきっかけに、今までのように母親や父親の関心をMひとりに向けることはできなくなり、弟が誕生するという家庭環境の変化を幼児なりに見通しをもってのりこえてほしいからであった。</p> <p>なぜ、保健の部屋のベッドで休養中に絵本を読んだかということ、保育室から少し離れた場所の保健のベッドの方が、Mと1対1の関係が作りやすい場であったからである。ほかの園児がいる保育室では、大人が絵本を読んでいると、関心をもった子どもたちが自然に周りに集まってしまう。集まったほかの子どもの興味がMと違うと、興味を持ったことで会話が始まり脱線して絵本で伝えたいことが伝わらなくなる。養護教諭を独り占めしたくなった、園児がMを押しつけてMを追い出そうとけんかが始まることも考えられる。今回は、Mが絵本に興味を持ち、弟が誕生するという家庭環境の変化を幼児なりに見通しをもってのりこえられるようにしたかったので、Mが養護教諭と2人きりになれるときを見つけて、絵本の読み聞かせをしながら、Mの思いを探っていこうとした。この事例の後も、しばしばMは体調不良で、保健室に訪れていたため2月の母親の出産後もしばらくMは不安定になると予想していた。</p>
2月 ・ 3月	<p>しかし、予想に反して弟の誕生後は保健室の来室はほとんどなかった。けがをして保健室に来たときに、たずねた。</p>	<p>養護教諭「Mちゃん、弟生まれたんだってね」</p> <p>M「うん、めっちゃかわいい。お世話もしているよ」と言って手当てを受けると保健室を笑顔で出て行った。</p> <p>その後、Mちゃんの母に家庭での様子を尋ねると、「弟の面倒をよく見てくれる、やさしいお姉ちゃんです」と話してくれた。</p>

国民衛生の動向

特集 高齢化の進展と厚生行政

2006

社会経済状況の動向と厚生行政

衛生の主要指標

保健と医療の動向

医療保険・介護保険

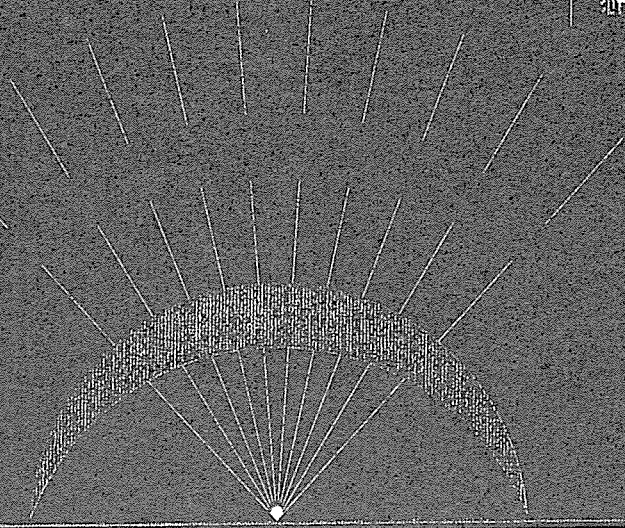
薬事

生活環境

労働衛生

環境保健

学校保健



財団法人 厚生統計協会