

1. 諸外国の母子保健施策

研究第1部	堀口貞夫
研究第5部	網野武博
研究第4部	水野清子
研究第3部	加藤忠明
研究第1部	千賀悠子

I 目的

今後のわが国の母子保健行政及び施策のあり方や具体的展開の内容、方法を検討するため、主としてわが国と比較的共通の社会、経済的基盤をもつ欧米諸国を対象に、母子保健施策の動向と課題について比較分析するとともに、諸外国の母子保健文献について検討を加える。

II 方法

1. 母子保健施策の動向

米国、英国、フランス、西ドイツ、スウェーデンを対象として、下記の項目につき調査、文献による分析・考察を行なう。

1. 母子保健制度・法令

- (1) 法律
- (2) 国・州の組織と役割

2. 母子保健施策の重点

- (1) 重点施策
- (2) 必要なサービス

3. 医療制度と保健思想

- (1) 医療制度と保険
- (2) 保健思想とサービス

4. 具体的な母子保健施策

- (1) 性教育・婚前教育・家族計画
- (2) 妊産婦の健康診査・保健指導
- (3) ハイリスク妊産婦、新生児の管理
- (4) 分娩法、産後の入院状況
- (5) 授乳法
- (6) 乳幼児の健康診査・保健指導
- (7) 母子栄養

(8) 小児医療

2. 諸外国の母子保健に関する文献

1976年以降公表されている母子保健に関する文献であって、Lockheed Dialogue 検索システムを通じて収集し得るものについて、下記の文献分類項目別に収集し、文献解題を行ない、主要な動向について分析・考察を行なう。

1. 母子保健にかかわる管理、計画、プロジェクト、サービス

- A 母子保健管理、計画、プロジェクト
- B 母子保健サービス
- C 母子保健要員養成・訓練

2. 月経、妊娠、分娩

- A 月経
- B 10代の妊娠、出産、若年の母
- C 人工妊娠中絶
- D リスクのある妊娠
- E 家庭分娩、周産期死亡、その他
- F 不妊、避妊

3. 障害のリスク要因、予防、スクリーニング、発見

- A リスク要因、予防
- B スクリーニング、発見

4. 妊婦、胎児、新生児、乳幼児とアルコール、タバコ、感染等の影響

- A アルコール、タバコの影響
- B 薬物、放射線、感染、その他

5. 養育、虐待

- A 養育環境、養育態度
- B 親への養育援助
- C 小児虐待

6. 母子栄養

- A 母体の栄養

- B 母乳栄養
- C 小児栄養
- 7. 小児の発育, 疾病, 事故
 - A 発育
 - B 病気, 事故, その他

III 結果及び考察

母子保健施策の動向については、とくに米国についてまとめた。諸外国の母子保健に関する文献については、1986年公表分を含め592件の文献を収集し、分類した。文献考察については、次年度以降に総括的にまとめ報告する予定である。

アメリカ合衆国における母子保健施策の動向

1. 母子保健制度・法令

(1) 法律

① 「社会保障法 タイトルV」成立までの経緯

米国における母子保健制度の萌芽は、1912年の連邦児童局発足に遡ることができる。19世紀末から今世紀にかけて、乳幼児、小児の疾病や死亡率を減少させる努力にあわせて、児童の発達や人権を重視する社会的傾向の中で、児童局を設置する法律が通過した。その目的は、「とくに乳幼児死亡率、出生率、孤児、非行裁判所、遺棄、危険な職業、事故、疾患 雇用、法制の問題について解決すること」にあった。以後母子保健の分野では、社会的、経済的因子を改善することによって妊産婦死亡や乳幼児死亡を減少させることに意を注ぎ、連邦政府が州の母子保健事業に補助金を交付するシステムが次第につくられていった。とくに公報や保健婦の指導による効果が指摘されている。

出産登録制を例にみると、1920年の30州から29年の46州全人口の95%に及ぶようになり、小児衛生部の設置は同じく28州から47州へと増加した。恒常的に運営する母子健康センターも、'29年には1594という著しい数にのぼった。

これらのいくつかの法律の効果や実績に基づいて、1935年「社会保障法」が成立し、タイトルVにおいて児童局が所掌する母子保健施策が含まれることとなった。

② 「タイトルV」の目的と内容

この法律の目的は、連邦政府が州及び地方政府の母子保健等サービスの改善、向上、促進を援助することにある。その内容としては、1. 母子保健サービス (Mater-

nal & Child Health Services…MCHS), 2. 肢体不自由児 サービス (Services for Crippled Children…SCC), 3. 児童福祉サービス (Child Welfare Services…CWS) の三部門に分かれている。

③ 「タイトルV」の修正の経緯

その後1960年代まで大きな修正はみられなかったが、1963年以降、つぎのような修正がはられた。

i 1963年修正法

MIC (Maternal & Infant Care) プロジェクト成立

— 具体例: 低所得産婦の保健管理, 先天性代謝異常 (フェニルケトン尿症他) スクリーニング

ii 1964年修正法 (1965年法)

CHS (Comprehensive Health Services) プロジェクト成立

— 具体例: 早期発見, 予防保健サービス, 診断・療育, アフターケア, 栄養教育等

iii 1967年修正法

IC (Infant Care), FP (Family Planning), DC (Dental Care) プロジェクト成立, EPSDT (Early Pediatric Screening, Diagnosis & Treatment) の統合

以上のプロジェクトは、1972年までにすべて実施に移された。

IV 1974年修正法

プロジェクトに関する直接の行政責任を連邦政府から州の母子保健部局へ移管する。

V 1981年の改正

「タイトルV」の補助金を、「総括予算調停法」に基づいて、母子保健のための一括補助金としてまとめる。

(2) 国、州の組織と公・私の役割

① 国 (連邦政府)

1981年の組織改革により、それまで保健教育福祉省 (Dept. of Health, Education & Welfare) であったものが、教育省が独立し、保健人的サービス省 (Dept. of Health & Human Services…DHHS) となった。その行政組織はつぎのとおりである。

保健人的サービス省 (DHHS)

↓
公衆保健サービス (Public Health Services…PHS)

↓
保健サービス行政 (Health Services Administration…HSA)

地域保健サービス局 (Bureau of Community Health Services... BCHS)

母子保健部 (Office for Maternal & Child Health ... OMCH)

② 州及び地方の組織

50州はそれぞれ独自の制度、組織をもつが、おおむねつぎのような組織となっている。

州 (State)

保健部局 (Health Agency)

母子保健課 (Maternal & Child Health Unit)

各地方 (Local) は、それぞれ地域 (District) に分かれ、さらにそれが地区 (Region) に分かれ、母子保健部門は保健行政の中に包含されている。

③ 国、地方自治体、民間団体の役割

連邦政府と州政府の役割をまとめると、表1のとおりであるが、「タイトルV」の修正の経緯にみたように、

表1 母子保健に関する国 (連邦政府) と州政府の役割

	連邦政府	州政府
法制度の策定	○	
基準の設定	○	○
企 画	○	○
コンサルテーション	○	○
研修、現任訓練	○	○
保健予防活動		○
第1次ケア活動		○
専門的、高次ケア活動		○
その他多様な活動		○

国 (連邦政府) の段階における母子保健施策の責任は、州乃至地方政府段階へと移行し、とくにレーガン政権以後は、連邦補助金も一括化され、その予算額の伸びが著しく抑制されつつある。DHHS の中に占める母子保健部の地位は低く、米国は、政府機構の中に母子保健に関する政策部局を持っていない数少ない工業先進国のひとつである。このことは、米国の母子保健が、全国統一的な制度によってすすめられているというよりも、各州の独自のまた連邦補助金によるプロジェクトによって成立していることを示すものである。このことは日本と比較すると容易に理解できるように、全国的に高い母子保健水

準を確保する上で必ずしも効を奏していないこととも関係している。しかし一方、関係民間団体、医療保健専門機関の中には、世界の最高水準を保つ内容のものも多く、また、表2の専門団体・組織が米国の母子保健に貢献している割合がきわめて高い。施策、経費ともに私的活動が母子保健に果たしている役割の高さが米国のひとつの特徴である。

表2 米国における主要な母子保健関係専門団体・機関

AAP(American Academy of Pediatrics)
ACOG(American College of Obstetricians & Gynecologists)
AMA(American Medical Association)
APHA(American Public Health Association)
ANA(American Nurses Association)
JCAH(Joint Commission on the Accreditation of Hospitals)

2. 母子保健施策の重点

(1) 重点施策

近年、連邦政府が補助対象としているプロジェクトやプログラムをみることによって、今日とくに米国において重視されている施策を理解することができる。また、国の段階で重視し実施している研修の主なもの、また委託・助成している研究の主なものを見ると、今後の母子保健施策を考える上で参考となる。

① 連邦政府が補助対象としているプロジェクト、プログラム

- i MCH (妊婦ケア、ベビー・クリニック、小児健診 (Well Child Checkup), 視聴覚スクリーニング, 学校保健サービス, 免疫, 公衆衛生・栄養サービス, 保健教育)
- ii CC (障害児, 慢性疾患児のための州立クリニック, 民間開業クリニック, 州・民間協同クリニックによる直接診断, 療育サービス)
- iii 鉛塗料公害防止
- iv 小児突然死症候群
- v 若年妊娠予防
- vi 遺伝病検査・遺伝相談
- vii 血友病診断治療センター

- viii 障害児のための所得保障
- ② 連邦政府が重視し、実施している研修の主なもの
 - i 遺伝病スクリーニング・遺伝相談
 - ii 周産期ケア
 - iii 思春期・青年サービス
 - iv 重複障害児のサービス
- ③ 連邦政府が重視し、委託・助成している研究の主なもの
 - i 思春期保健
 - ii 児童虐待
 - iii 先天性代謝異常・先天奇形
 - iv 早期発見法
 - v 家族カウンセリング
- (2) 必要なサービス

米国における母子保健水準をみると、今後とくに「タイトルV」に含む必要のある総合的なプログラムは、つぎの4つの点であるとされている。

- ① 総合的な産前・分娩・産後ケア
- ② 総合的な新生児・乳幼児一次ケア、予防的ケア（出生後～5歳）
- ③ 家族計画サービス
- ④ 障害児、慢性疾患児のための診断、評定、治療、ケース管理サービス

以上のような内容は、むしろ全国統一的な制度、システムですすめられることの多いわが国の方が先進的な部分がある。

一方、先にあげる主要な専門団体・組織のメンバー等により、ライフ・ステージ毎に必要なとするサービスについて専門的に深く検討されたものが、公にされている。その内容は、末尾資料1のとおりである。

3. 医療制度と保健思想

(1) 医療制度と保険

①医学教育 米国の医学校（Medical School）は主に生物系の4年制大学卒業後に入学できる。医学校低学年より臨床実習が重視され、資格試験に公衆衛生学、行動科学等も採用されている。卒業各分野別に2～3年研修した後、細分化された専門領域でさらに2～3年研修しながら専門医となる。

②医療 患者-医師関係を重要視するため、外来患者が医師と接する時間は約30分間であるが、その為に要する費用は10,000円以上である。また、患者の権利を重視するため、医療過誤訴訟の頻度が極めて高く、医師は医師賠償責任保険に入らざるを得ない。その保険料は小児

科医で年間600万円、外科医では1,500万～3,000万円にも達している。これらの点は結果的に医療費の高騰を招いている。

高い医療費のため、患者の外来受診回数は減り、入院期間は短い。この利点としては、病院という患者にとっては奇異な場所にいる期間を短かくし、家族で病気を治療しようという気持を増大させている点である。最大の欠点としては、レーガン政権による福祉予算削減と相まって、ここ1,2年、乳児死亡率が上昇している点である。無料の医療の恩恵を受けていた低所得層の範囲が狭められ、無料から有料になった所得層の病院受診率が下がったためである。1979年の米国の報告書「健康な国民-健康増進と疾病予防に関する公衆衛生局長官報告」(Healthy People-The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention)⁶⁾がまとめられて以来、従来の高額な医療に対する批判や、自分自身の健康は自分で守るという自覚が米国民に高まってきた。医療にDRG (Diagnosis Related Group) による支払い方式が1983年より一部試行され、病名当りの金額を医師に支払う制度として、医療費の急騰をおさえようと試みている。それらの結果、中小病院の統廃合が進み、主として、大学病院、開業医院、HMO (Health Maintenance Organization) に3分化されつつある。

③保険 日本のように国民皆保険制度はないので、複雑多岐にわたる民間医療保険が台頭している。大学病院、開業医どうし、HMO等は、各々独自に保険制度に加入しており、患者側は契約してある保険の範囲内でしか保険医療は受けられない。日本のように1つの保険証でほとんど全ての病院で保険診療を受けられるわけではなく、HMOならそれに加入している病院でのみ保険診療を受けることができる。HMOは、医療を1つの市場として経営を成り立たせようという企業である。一般住民から医療に対する保険料を徴収し、その積立金は関連病院の設備費、医師・看護婦等の給与、医師賠償責任保険などに支出する企業である。従って病院長は医師ではなく事務系の人であり、その医療経営の講座が大学に新設されるようになってきている。しかし、医療行為に関しては各々の病院の医師団が強い権限をもっている。

医療抑制のためのDRGは、適切な治療により医師・患者共負担が軽くなる一見良い制度のようであるが、入院が制限され、退院が早くなり疾病の全体像をつかめなくなったためレジデントや学生の教育に支障をきたしている点、手術患者が手術当日の朝入院するようになって十分な検査が行えなくなった点、医師と患者の人間関係が悪くなった点、病名を決める際の不正請求がある点

などが問題点である。

(2) 保健思想とサービス

アメリカの医学の思想の中に、分析論から統合論に、疾病指向から人間指向への動きがみられ、それは21世紀の日本の医療、その科学的基盤としての医学にとって重要であるように思われる。このような流れは、分子生物学や細胞生物学の医学では、疾病の治療に十分でないことが明らかになってきたからである。それには、従来の医学・医療で強調されなかった行動科学、それも個人ばかりでなく、集団・社会の行動科学が必要であろう。エイズを除けば重症な感染症が激減した今日、疾病の治療より、いかにより良い生活を維持するかに人々の関心が注がれるようになり、その視点から医療をとらえ直すようとしている⁷⁾。

子供が生きていく過程では、種々の遺伝的・環境的要因の相互関係の中で、個人個人がストレスに打ち勝ちながら自分自身が満足できる生活を送ろうとしている。その時間の流れの中で、健康な時もあり疾病に罹患する時もある。したがって、健康と病気とは連続的なものであるという考え方がある。本人に苦痛なく、環境にうまく適応して成長・発達している場合に健康であると考え、そうでない場合に病気と考えている⁸⁾。その見方から医療を考えれば、身体疾患のみでなく、心理行動面、また予防医学的な側面が重要になってくる。

病児の治療でもその治療の心理・社会的影響を考慮して初めて最良の結果が得られる。たとえば、てんかん児の治療は、痙れんがなくなれば成功というわけではない。大量の薬が必要で学校で居眠りしたり、学習がうまくいかなければ、その病児や家族にとって最良の治療とはいえない。また子供の痙れんについての母親の罪の意識や不安が強いと教育やしつけがうまくいかない。これらのことを考え、病児に対する投薬や家族への注意や教育を医療側はしていかなければならない。

4. 具体的な母子保健施策

(1) 性教育・婚前教育・家族計画

アメリカにおいても性教育・婚前教育・家族計画が、現実の問題として真剣に取り上げられたのは、それ程古いことではない。

マーガレット・サンガーが1921年に American Birth Control League を結成し、1933年にはアメリカ児童局が guiding the Adolescence を刊行し、連邦政府が性教育研究所を設置して積極的に働きかけるなどしているが、郡・市の教育委員会が独自の方針をとっており、ピ

ューリタンの考え方あるいは自由な性教育は米国民を墮落させようとする共産主義者の陰謀とするような極端な考え方などの影響から、全く手をつけられていない所もある。1970年代で、全米の学校の60%は性教育を教育課程の中に組み入れている。

しかし1960年代に入って十代妊娠の増加が著しくなるにつれて、「未婚の母の家」が作られ、人工妊娠中絶に関する法改正で社会的に対応し、次いでさし迫った状態に対応するかたちで妊娠しないための性教育がすすめられたのは1970年代の後半に入ってからであった。

現在米国の15～19歳の女性の人口は1,100万人位であるが、その10%は妊娠していると言われる。その40%は人工妊娠中絶を行ない、60%は出産している。その子供の6～7%は養子に出されているが、大部分は自分で育てている。このような現状に対して1970年代後半から10代クリニックや、保健健康管理クリニックという名前前で、学生が気軽に相談に来られる時間・場所・雰囲気を作ると同時に信頼を得られるように気を使うことによって、その地域の妊娠率を低下させる効果をあげている。

しかし国全体としては、妊娠率は横這いとなって来たが、1983年108/1000であり西欧諸国の中では最高である。

このようなクリニックあるいは相談所が成果をあげるには次のような条件が必要である。

- ① クリニックに対する信頼感
- ② 授業にさしつかえなく行けること
- ③ 待ち時間、相談時間ともに短かくて済むこと
- ④ 利用しやすく、費用が安いこと
- ⑤ 女性の相談員ないし医師が望ましい
- ⑥ 学校に所属しないものであること

また実施にあたっては、セクシュアリティについての原理的とらえ方をはっきりさせておくことが大切である。

「抑制するべきもの」ではなく、「人間として当り前のこと」であり、その立場にたつて男女の特質を理解し、自立的判断ができるようにするのが性教育の目標である。

1981年 AIDS 患者の最初の報告がなされて以来、性教育の必要性は更にさしせまった社会問題となり、大袈裟に言えば国民の存亡をかけるかもしれない問題として考えられるようになった。

エイズの感染から身を守ることが、避妊法(特にコンドームの使用)を確実に実施することとなり、あるいはエイズ感染の恐怖から初交年齢がおそくなるのではないかと期待する考え方もあり、これを中立とした教育が行われるようになったのは確かな事である。

しかし一方では性行動そのものが、エイズその他の性

行為感染症慢延の原因とみて、抑制への（純潔を守る）方向をとろうとする考え方も強くなる傾向もある。

(2) 妊産婦の健康診査・保健指導

先にふれた2-(2)の必要なサービス（巻末資料参照）では再生産年齢の女性に対する保健サービスの中で、出産前のサービスとして次のような項目があげられている。

A. 妊娠の早期診断

妊娠したことをできるだけ早期に確認することが、妊娠に障害を与える危険因子の影響をできるだけ排除することに役立つ。

我が国では妊娠届出数からみても、妊娠11週未満での届出が37.8%、20週未満とすると92.0%が届出済となっている。心拍動の確認または胎動自覚後に届出をするように指導している事が多いことから考え、妊娠7～11週に最初の診察をうけているものが大部分であろうと思われる。

米国では早期に尿を用いて妊娠診断のできる診断薬が市販された事は、早期に診察をうけるようになるきっかけになると見ている様である。我が国でも日本産科婦人科学会および日本母性保護医協会は、妊娠診断薬による妊娠反応 \oplus であることを確認する事で終るのではなく、これが妊娠中のケアの始まりであり、特に流産（15%）、子宮外妊娠（0.1%）、胞状奇胎（0.5%）などの異常妊娠を鑑別し、次の妊娠管理につなげるためにも、早期に専門医の診察が必要との見解を示している。

健康に対する自己管理の考え方を育てるための一つのきっかけとなると思われる。

B. 妊娠継続に関するカウンセリング

① 出産を希望している場合

- ・一般的妊婦管理の説明とサービスの提供
- ・必要とすれば養子縁組の照会
- ・出産準備教室の照会

妊婦管理（prenatal care）についての詳細な基準は1983年にAAP（American Academy of Pediatrics）とACOG（American College of Obstetricians and Gynecologists）の双方の専門委員会によって刊行されたguideline for Perinatal careに発表されている。それによれば、prenatal careは3つの柱よりなるとしている。

(1) 継続的な妊婦管理（serial surveillance）

既往歴、リスクファクターや異常を見つけるためや分娩予定日決定のための諸検査で開始される。その後妊娠28週までは4週毎、36週までは2～3週ごと、その後は毎週検診を行うが、妊娠経過に問題があればそれに応じて適宜検診を行う。

妊娠中のケアでリスクファクターを見つける事は大切で、周産期の死亡や異常の80%は妊娠中または分娩時に異常のあったものである。しかし、別の見方をすれば、周産期の死亡・異常の20%は妊娠・分娩中にも異常のなかったものであり、注意すべき事である。

一般合併症や医学的合併症に注意することは勿論であるが、ライフスタイルや生活環境についても注意が大切である。特にリスクファクターを有するものについては、胎児心拍数の記録、ホルモン定量、肺成熟度の検査、超音波断層法による形態学的また機能的検査および発育の検査などを行うが、妊娠週数を正確に決定することは特に大切である。

またこのようなリスクを有する妊婦に関する情報は的確に小児科医（新生児科医）に提供されている必要があり、小児科医と妊婦とその家族との妊娠中からの接触も親となる夫婦にとっては大切な事である。

(ii) 妊娠出産に関する情報提供

患者に対しては次のような事項について、説明しておく必要がある。

妊娠した時に必要な検査、正常な妊娠の経過、医師に伝える必要のある症状について、健康を維持するために必要な食事や生活の習慣、妊娠出産に関する教育プログラム、夫々の施設の診察に対する信条と方針（分娩中のケアの内容についてどれ位希望を入れてもらえるか、分娩にどの位家族がかかわれるか、救急の時の対応の方針までを含む）、医師の勤務体制、医療チームの構成メンバーの役割、入院費用等。

そして妊娠8カ月に入ったら、もう一度入院時・陣痛中・分娩時の方針を再確認し、陣痛開始・破水・出血の場合どうしたら良いか、麻酔を希望するか否か、新生児ケアの細かい点についても検討しておく。

〔母親学級〕

母親学級の大切な事は言うまでもない。主婦が家族の健康管理の専門家としての意識を持つ、もっとも良い機会だからである。しかし理想的には、妊娠する前から成人健康管理の一端としての教育が必要である。妊娠のための検診をうける前に胎児の器官形成は始まっているからである。

このような教育プログラムは病院や自治体、有志グループの主催で行われるが、資格を持った人がやるべきでケアの連続性、指導の統一性を保つために医師・助産婦がかかわりを持つことが望まれる。

一方妊婦の家族も、母親と新生児そして最終的には新しい家族にいつまでも影響を持つので、出産準備プログラムに出席することが望ましい。

- 妊娠中の栄養についての適切な情報の提供。
- タバコ・アルコールの過剰摂取をやめる。
- 健康的な妊娠生活のための疲労しない程度の適度な運動を続ける。例えば散歩、水泳、ゴルフ、テニスや汗をかいたり、脱水をおこしたり、疲労しない程度のジョギングも適当な運動と思われる。

以上の一般的日常生活の注意の他に母親学級で行われる話題として生殖生理・解剖、妊娠の生理的・心理的変化、妊娠中のケア、栄養、催奇性、胎児の発育・発達、父親の役割、呼吸法と弛緩法、陣痛開始の徴候、分娩の経過、前回帝王切後の分娩法の選択、母乳栄養法、新生児のケア、親業の熟練、家族関係、家族計画などが含まれる。

(iii) 心理的・社会的援助

女性の一生の中で大きな事件である。幸福に対する大きな期待を持つ時であると同時に、感情的に非常に大きな経験である。即ち祖父母とのかわり、家庭生活、期待や新しい責任などのぶつかり合いを経験する。それを受容する事で家族の気持がつながり家族としてまとまるのである。母親学級や母乳セミナーのような場で仲間が出来る事が大きな助けとなる。しかし時には心理学や精神科の専門家の助けが必要な場合もある。

② 出産を希望していない場合

妊娠初期または中期までに人工中絶についての相談と指導を行うが、家族計画あるいは避妊についてのカウンセリングも含む。

C. Prenatal care services

この項の詳細については既にB-1で述べたので省略するが、特に①精神のおよび行動的に問題のある場合の診断と治療や照会、フォローアップ、②先天異常が予測される胎児の場合のカウンセリング、③分娩に対する準備即ちパートナーと一緒に分娩場所や麻酔をどうするかも含めての分娩準備のカウンセリング、④子供の発育についての手筈を整える、⑤小児虐待あるいは放任の危険性のある親を見わけるための特別な評価法を利用して、乳児の身体的、情緒的また知的なニーズにあった親としての能力を養う、⑥家族が小児のケアに関心を持つように出産前に小児科医と話す機会を作る。⑦妊娠・出産に伴う感情的・社会的変化への準備、⑧家族保健や家政的なサービスなどが必要であるとしている。

即ち身体的な面だけではなく、妊娠したこと、また子供が生まれたことによって新しい母親とその家族におこる心理的、精神的、社会的な問題を未然に防ぐためのサービス(カウンセリング、助言、照会など)を重視している。

我が国では後に述べるように周産期医療システムの点でまだ十分でない面があるが、個々の医療施設のレベルの向上で、先進諸国の中でも高い水準に達している。しかし幼児虐待のような深刻な問題は少数であるとは言え、望まない妊娠や児の養育に問題がある場合、出生後の母親の心理的あるいは精神的なトラブルに対する対応は十分ではなく、問題を抱えた個々の症例が本人および少数の本人を取りまく人達の努力でなんとか解決しようとしているのが現状である。

(3) ハイリスク妊産婦・新生児の管理(周産期医療システム)

米国では1960年代の後半頃より、第一線の開業医の必要性から発した新生児・未熟児医療の地域化の指向が、1970年のMarch of Dimes Committee on Perinatal Healthの発足に結びついた。ここでの検討の結果が1976年に“Toward improving the outcome of pregnancy”として発表された。中心となったのは、周産期医療施設を3つのレベルに分け、それぞれの分担すべき医療の内容を明確にし、レベルI、II、IIIと積み上げるシステムを作ることであった。連邦政府と約半分の州政府でとり上げ、システムの確立が推進された。その結果レベルIからIIへ、IIからIIIへの異常新生児の搬送によって未熟児の治療率は上昇し、死亡率は低下した。更に母体搬送が行われるようになり、新生児の入院日数の短縮、母子相互作用の面での利点が示され、母体搬送が増加している。これはシステムが良く機能していることを示すものであり、ノルウェーやスウェーデンにおける研究もこれを裏づけている。

更に1978年AAPとACOGの合同委員会がもたれ、その結果1983年に“guide line for Perinatal care”が出版された。表3はこのguide line for Perinatal careで発表されたレベルI、II、IIIの機能などの規準である。これを基にして各州でシステム作りが行われたが、その一例としてカリフォルニア州の例を示す。

カリフォルニアの人口は約2,360万で75~76%が白人である。南にメキシコと隣接するため、分娩のために入国するものが多く、妊娠中の管理も不十分のためメキシコ人には妊娠中毒症が多い。1970年頃からシステム委員会が活動を開始し、1980年に入って州全体として統一された運営がなされている。

レベルI(primary care)、レベルII(secondary care)、レベルIII(tertiary care)の定義診療内容、設備などは表4~7のごとくである。レベルIIIに属する病院は1983年で24病院であり、そのうち6つは小児病院である。他の18病院のうち7つは大学病院、11はメジカル

表3 周産期医療プログラム (各レベルの機能・役割・規模)

Guidelines for Perinatal Care¹⁾より

	Level I	Level II	Level III
Function	Risk assessment Management of uncomplicated perinatal care Stabilization of unexpected problems Initiation of maternal and neonatal transports Patient and community education Data collection and evaluation	Level I plus: Diagnosis and treatment of selected high-risk pregnancies and neonatal problems Initiation and acceptance of maternal-fetal and neonatal transports Education of allied health personnel Residency education (affiliation)	Levels I and II plus: Diagnosis and treatment of all perinatal problems Acceptance and direction of maternal-fetal and neonatal transports Research and outcome surveillance Graduate and postgraduate education System management
Types of patients	Uncomplicated, emergency, and remedial problems such as lack of progress, immediate resuscitation of asphyxiated neonates, uterine atony, nursery care of large premature neonates (> 2000 g) without risk factors, physiologic jaundice	Level I plus: Selected problems such as preeclampsia, premature labor at 32 weeks and later, mild to moderate respiratory distress syndrome, suspected neonatal sepsis, hypoglycemia, neonates of diabetic mothers, postasphyxia without life-threatening sequelae	Levels I and II plus: Premature rupture of membranes at 24-26 weeks, severe maternal medical complications, pregnancy with concurrent cancer, complicated antenatal genetic problems, prematurity at 26-32 weeks (500-1250 g), severe respiratory distress syndrome, sepsis, severe postasphyxia, symptomatic congenital cardiac and other systems disease, neonates with special needs such as hyperalimentation, prolonged mechanical ventilation
Location and number of births, neonatal beds	Located within Level II or III hospital or in sparsely populated or isolated areas; at least 1 birth/day unless in isolated area	Medium and large communities, may be part of Level III facility, several births/day, 3-4 neonatal beds/1000 births served	Medium and large communities, usually in academic centers, several births/day, 1 intensive care neonatal bed/1000 births served in addition to Level II

表4 各レベルにおける定義

	概 要	診 療 内 容	ス タ ッ プ
レベルⅠ	プライマリーケアに関連した最小の診療単位 一般的な予防・診断・治療・リハビリテーション・患者教育・救急診療	合併症のない妊婦および新生児の診療 リスクの発見・予期しない合併症の処置をふくむ	一般開業医 (general practitioners) 助産婦 ソーシャルワーカー 栄養士
レベルⅡ	2次的な中等度の診療単位 専門医による入院診療および外来診療	合併症のない妊婦および新生児の診療とともにハイリスク妊娠の管理 ある範囲の合併症・新生児管理	産婦人科専門医・小児専門医・専門看護婦・その他の合併症をもつ妊婦管理の訓練を受けたもの
レベルⅢ	第3次の高度の診療単位 高度の合併症・外傷・特殊な処置の必要な場合、高度の技術をもつ専門家の集団・高価な医療設備をもつ 比較的高額診療	限定されたハイリスク患者診療、すなわち重症妊婦・新生児疾患、異常管理 スタッフはリーダーシップをとり、新しい知識をとり入れ、新しい概念や技術を生みだし広め、評価するのみならず、レベルⅠⅡの向上のための教育をする	周産期専門医・新生児専門医・専門看護婦・他科専門医・呼吸管理セラピスト・周産期の専門教育を受けたソーシャルワーカー・栄養士

* 周産期専門医は産婦人科専門医の1部門

* 新生児専門医は小児科専門医の1部門

(文献(3)) 以下同じ

表5 レベルⅠの内容と設備

産 科	新 生 児
① 産科専用のカルテ・設備 ② 正常分娩・正常産褥の管理 ③ 胎児モニタリング ④ 予期しない分娩および分娩直後の合併症の処置 ・30分以内に帝王切開が可能 ・24時間電話で血液が確保でき、麻酔・放射線・臨床検査の設備が利用できる ⑤ 母と新生児の隔離施設	① きめられたプロトコールによる看護記録やバイタルサインのチェック ② 正常新生児の管理、およびレベルⅡまたはレベルⅢで異常が改善した新生児の管理 ③ 予期しない合併症の処置 ・新生児保温設備 ・24時間電話のできる放射線、臨床検査サービス ・新生児の蘇生設備 ・経静脈投与

表6 レベルⅡの内容と設備

産 科	新 生 児
① ハイリスク妊娠の診断と処置 ② 母児発育に関する検査をふくめた臨床検査が利用できる。尿中・血中エストリオール、L/S比、血液ガス、ビリルビン、血糖、電解質、カルシウム、ヘマトクリット、羊水検査 ③ 放射線・超音波の設備 ④ 隔離をふくめた集中治療室 ⑤ 分娩室で15分以内に緊急帝王切開のできる体制 ⑥ 分娩麻酔が10分以内に利用できる	① 正常および異常の新生児管理 ② 分娩室での新生児蘇生設備 短期間の呼吸管理・血管確保・保温・吸引設備・喉頭鏡・気管内チューブ・臍帯カテーテル・点滴装置 ③ レベルⅢに輸送する前の治療 ④ アラームを有する心拍・呼吸モニター設備 ⑤ 交換輸血を行う設備

表7 レベルⅢの内容と設備

産科	新生児
① レベルⅠまたはⅡで問題が生じた場合のアドバイスを ② つねに産科および小児科専門医が利用できる ③ 母児輸送に対して、いつでも利用できる設備と教育された人員 ④ 治療の正当性と評価を行う ⑤ 周産期管理に対する基礎研究	① レベルⅠまたはⅡで問題が生じた場合のアドバイスを ② Neonatal Intensive Care Unit (NICU) をもつ ・長期の呼吸管理 ・経静脈治療 ・高カロリー輸液 ・外科手術 ・病院内で各科すべての診療が利用できる

センター又は総合病院より構成されている。これらの病院では最も重症な妊婦・新生児の医療を24時間供給できると同時に、perinatal health systemの維持・確立のためにリーダーシップをとらねばならず、そのため周産期医療に関する新しい概念や技術のシステム内での教育や、臨床的研究、基礎的研究に積極的に取組まなければならない義務がある。

システムが有効に機能するための一つの要素として、緊急搬送システムが大切である。これには①搬送の必要性についての決定、②移送中の医療的処置、③医療処置とその結果の変化の評価なども含まれていなければならない。これは周産期母体搬送の78%は切迫早産であり、人材と設備のととのった所で生れることが、その児の予後を左右するということから、当然のことである。

(4) 分娩法・産後の入院状況

分娩の場所は、連邦出産記録によれば、施設分娩が97%、自宅分娩が2%（1940年頃は病院分娩は85%）である。我が国の1984年の統計では施設分娩が99.7%（このうちわけは病院54.8%、診療所42.7%、助産所2.2%）で、自宅分娩は0.2%であり米国より施設分娩率は高い。しかし1950年には施設分娩率は僅か4.6%で1960年以後50%を越えるに至っている。

施設分娩においては、分娩台に仰臥位に寝た状態での出産が一般的で、これは胎児の観察（胎児心音の聴取）、清潔の保持、分娩の介助、産科的処置（鉗子手術・会陰切開）などがやりやすかったからである。分娩椅子を使わずに仰臥位の出産をした最初の記録は1700年代の中頃ルイ14世の宮廷でモテスパン夫人の出産の時であったとされている。

分娩の際の苦痛をやわらげたいという希望は強く、無痛分娩への努力は1847年にスコットランドのシンプソンがクロロフォルムを使用したのを始めとして続けられた。1950年代の米国では施設分娩の75%に産科麻酔その他何等かの無痛法が使用されていた。このことは、その後

の分娩中の胎児の生理・病理の解明ともあいまって、子宮収縮のコントロールのための子宮収縮剤の使用、腹圧の減弱や胎児の異常に対しての鉗子手術の頻度が高くなる原因となった。更に近年の医療訴訟の増加がよりリスクの少ない方法として帝王切開を選ぶこととなり、施設によっては帝王切開率が30%に達する所も見られるようになった。

一方1940年代の中頃から、Dicks-Readの自然分娩法が米国に伝えられ、出産準備教育により、このような医療処置を減らすことができ特に1960年の始め頃よりフランスから導入されたラマーズ法による、生ませて貰うのではなく妊婦自身が主体性をもって生むという立場が受け入れられていった。

更に1970年代後半に明らかにされた分娩の生理から、分娩中仰臥位よりは側臥位、坐位、立位の方が、胎児への影響が少なく、分娩の進行を助けることが臨床にも応用されるようになり、より積極的に出産に取り組む active birth の考え方も生れた。出産は人間の歴史と共に続いている生理的現象であり、準備さえ正しく行われれば、大部分の分娩は医療の介入を受けることなく出来るという考え方を生んだ。一方、ハイリスクの考え方は、周産期の胎児・新生児の死亡罹病の80%は、妊娠分娩時のハイリスクグループより発生するので医学的管理は必須であり、リスクに対しては現在の進んだ医療処置は必要であるとする。現在はこの2つの考え方がバランスをとった状態にあるように思われる。

それを実現する一つの方法として、1980年頃より新しい設備をもった病院の中に home birth center あるいは LDR room (labor-delivery-recovery room) を設け、リスクの低い妊婦は入院してから産後24~72時間までの間一つの部屋で家族と共に過ごすという家族を中心にした考え方の出産が行われるようになって来た。表8はダニーデン (NZ) のクィーンマリー病院のLDR room で分娩する場合の条件を示したものである。

表8 L.D.R. Roomでの分娩を許可されないもの
Queen Marry Hospital (NZ)

1. 多産婦（4人以上）
2. 38W以下または41W以上
3. 胎位異常（骨盤位など）か多胎
4. 母の合併症（心疾患・高血圧など）
5. poor obstetric history（産後の出血，死産，ABO又はRh不適合）
6. 子宮へ外科的処置の経験のあるもの（C/Sまで）
7. 分娩経過に影響を与える外科的状态
8. 身長・体重が正常範囲をはずれるもの
9. 低Hb

(5) 授乳法

① 母乳栄養の現状

母乳栄養の頻度の年次の推移をみると（1971年～1983年），1971年 25%と最も低く，1982年で61.9%に上昇したが，1983年には61.4%にとどまった。母乳栄養の頻度には地域差及び人種差が観察され，地域的には東南中部が，人種別にみると黒人及びスペイン系アメリカ人に低率であった。

月齢別に母乳栄養の比率をみると，3カ月時では1971年 9%，1983年 40%（但し，黒人では20%），5～6カ月時では1978年 20%，1983年 27%と月齢の進行と共に著減する。

母乳の確立に及ぼす因子として教育程度，地域差，経済，母親の年齢及び人種差があげられる。比較的富裕で高等教育を受け，母親の年齢は幾分年長，さらに西部に居住するなどの因子はプラスに作用するものとしてあげられ，逆にマイナス因子に最終学歴として小学校卒業の者，低所得層，10代の母親，東南中部に居住する者及び黒人などがあげられている。

母乳哺育を決定する時期を調べると，妊娠前に母乳栄養をすると決めた婦人は半数を越え，1981年に55%，1984年には63%にのぼる。また，1984年の調査成績によると，妊娠3カ月までに決めた者，14%で，98%の者は出産までに母乳哺育を決心していた。

今後，母乳栄養を一層促進するには，若年の母親，教育程度の低い者，東南中部に居住する黒人に焦点を当てる必要があるとしている。

② 母乳栄養の促進…その方法について

○州全体のプログラム…Rhode Island（ニューイングランド地方の一州で母乳栄養の頻度が最も低い。）における母乳促進の成功例を紹介する。

州の保健部門は州全体の母乳哺育キャンペーンを促進

するために医師，看護婦，栄養士，病院管理者，民間及び公的機関の専門家，保母，La Leche Leagueなどで構成する以下の3つの委員会を組織した。

専門家教育小委員会…母乳哺育を奨励するために専門家に対する動機づけを行う。そのために医師，看護婦，栄養士，その他病院及び保健センターの全職員を対象とする母乳哺育促進キャンペーン及びカウンセリング用教材の開発を行っている。

患者教育小委員会…開業医からケアを受けている妊婦及び母子を対象とした養育プロジェクトやWIC（256頁参照）のような部門プログラムを通して直接援助を受けている対象への話しかけを行う。

地域教育小委員会…地域の父親，祖母，叔父，叔母，兄弟姉妹を対象に母乳哺育の実際を教育することによって，できるだけ長期間母乳哺育が可能な環境づくりを試みる。

その他，テレビ・ラジオの放送（10～30秒），栄養のホットラインの設置，病院で母乳哺育に関するフィルムやスライドがみられるような試みがされている。

○病院ベースにおける母乳促進運動…分娩後の母子に対する対応の仕方は病院により多様であるが，出産後の母子に対する接触の仕方が母乳栄養の採否及び経続期間に影響を及ぼすことが示唆され，また，病院のスタッフの態度や行動，母乳栄養に対する医師の知識なども母乳哺育にかなり影響を及ぼすという。表1に病院における母乳哺育促進または阻害因子を提示した。

ここにSan Diegoでの母乳哺育促進法を紹介する。この地方では産後50～65%の者は母乳哺育を開始するが，生後8～10週間まで続く者は半分に満たない。従来，この地域の大病院や医学センターで展開されていた訓練プログラムは個々で異っていたが，適切な臨床教育の機会を与えながら同時に母乳哺育を促進するために，現在は共通の母乳哺育プログラムが作成され，同一の方針の下で指導が展開されている。なお，施設（大学病院，病院及びセンター）によりプログラムを主に実施するところ，または教育に主眼を置くなどそれぞれの性格が明確化されている。プログラムは次のような構成からなっている。

出産前教育（2時間の両親学級。乳汁分泌の解剖・生理，母乳哺育の優秀性，育児の基本的技術の習得），出産後の援助（看護婦への母乳哺育教育。出産後30分以内の保育開始，母児同室の実施。見本としてもらう人工栄養品に対するカウンセリングなど），電話相談サービス（24時間サービス。緊急な保育上の問題解決に当り，必要ならば母子双方の面接も行う），母乳外来（退院後7日以内に母子双方で受診を予約。乳房管理，母乳哺育の

表9 母乳栄養の開始に影響を及ぼす病院での実際

	強力促進因子	促進因子	阻害因子	強力阻害因子
身体的な接触	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児を出産後直ちに分娩室で母親の胸に抱かせる ・出産後乳児を母親から離さない ・スタッフは産婦が回復室で乳児に乳を飲ませるのを援助する ・母子同室。スタッフは哺乳室でベビーケアを助けるばかりではなく、母親のいる部屋でもベビーケアを手伝う 	<ul style="list-style-type: none"> ・産婦の期待や教養水準にスタッフは感性をもつ 	<ul style="list-style-type: none"> ・母親が自律的な母乳栄養を希望しても規則授乳を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・出産直後における母子分離 ・分娩後、母子を別の階に置く ・ビリルビンに関する問題で児から母親を分離する ・施設の方針で母子同室を行わない
言葉によるコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフは分娩前及び分娩後に母乳栄養に対する母親の努力に関して話し合う ・スタッフは分娩後直ちに母乳を与えることを励まし、それを強調する ・スタッフは母乳栄養に関して搾乳器の使用法及び母子分離について話し合う 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳房の怒張及び乳首のトラブルをどう処置するかについて、スタッフはわかりやすく説明する ・母乳哺育の技術や妊婦に1対1で教える時間についてのスタッフ自身の熟練と気楽さ 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフは産婦に夜間の良眠をとり授乳しないように告げる ・母児の授乳サイクルと無関係にスタッフが授乳時刻をきちんと割り当てる 	<ul style="list-style-type: none"> ・気楽にしてよく休息をとりなさいと母親に言う。これは母親に母乳栄養は努力が必要で、疲れるなどの印象を与える ・スタッフが母親に「あなたの母乳栄養のやり方はまずい」などと言って姿勢その他を直したりして母親の努力を妨げる
言葉なしのコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・授乳している母親の絵をみせる ・わかりやすく書かれた母乳栄養のパンフレット ・スタッフ（医師・看護婦）は敬意、微み、確言などにより母乳哺育を支える ・看護婦は母親を気楽にさせ、母親が児を抱くのを助ける ・病院で他の授乳中の母親をみせる 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院内で母乳栄養の巡回テレビをみせる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ミルクを与えている絵をみせる ・臨床検査、その他スタッフが母乳栄養の機会を妨げる ・母乳を与えている母親をみていない女性 	<ul style="list-style-type: none"> ・人工栄養品、調乳器具及びミルクに関するパンフレットを渡す ・乳児に厳然として人工栄養を与える役人風の看護婦（これは育児に対する自信を失わせる）
経験に基づくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・母乳栄養が直ちにスムーズにいかぬ場合にはスタッフはサポートしつづける ・院内での過去の母乳哺育成功の経験を生かす 			<ul style="list-style-type: none"> ・院内での過去の母乳哺育の失敗経験

現状観察、母子双方の体重チェックなど)、保育相談、地域の開業医及び看護婦への教育など。

③ 母乳栄養の実際

American Academy of Pediatrics (1985年)の指針は次の如くである。

新生児期：適応があればビタミンD (400 IU/日)の処方、また、飲料水のフッ素濃度が0.3 ppm以下、または母乳栄養児ではフッ素を0.25 mg/日を生後2週目から補給する。

生後2カ月～：ビタミンD、フッ素、鉄分の補給(母乳栄養の場合にはシリアルまたはドロップで。早産児の場合には2mg以下/kg/dayまでとする)。

生後4カ月～：ビタミンD、フッ素、鉄分の補給。特に鉄分に関しては遅くとも4カ月までに補給を開始し、少くとも満1歳までは続ける(1mg/kg/日。但し、最大15mgを越えてはならない)。離乳食の開始。

(6) 乳幼児の健康診査・保健指導

日本の小児科医は疾病を中心に診察するが、アメリカの小児科医は、小児を人間全体そして家族の中の一員としてとらえている。ハーバード大学にある小児病院の健康診査はCCHP (comprehensive child health program)と呼ばれ、その案内の冒頭に“The CCHP is designed to take care of all your child's health needs. We are here to help you get the best possible health care for your children.”と書かれている。健康診査では、生体医学、発達、社会心理などの様々な問題に関して指導していこうとしている。

健康診査で一番大切な目的は、家族や子供を良く知って、お互いにとって実りある関係を作ることである。そうすれば家族が予期しないようなストレスや問題に出合った時に、家族の方から医師に相談してくるからである。²¹⁾

健康診査では最低限何をすれば良いというわけではない。社会、経済、文化的背景が様々な異なる家族、片親の家族や、長期にわたる病気を持つ子供や障害児のいる家族と接する場合、各々の医師の経験の深さ、診療を行う環境、個々の診療手順の違いによって臨機応変にいろいろ変えて良い。²²⁾

小児科医が一つ一つの家族を個別に指導する他に、看護婦による指導、パンフレット、注意書、アンケート、ビデオなどの活用、さらに親や患者に対する教育講座などを通じて指導することが望まれる。²²⁾

より良い子育てには父親も参加すべきである。育児で親としての役割を果たすには、自尊と自信が必要であるので、子供と同じように親の方も良い育児をしている場合は、心からほめて認めることが大切である。²²⁾

アメリカの小児医療は治療から予防に重点が注がれるようになってきた。健康を守るためにはどうしたら良いかが医の姿勢であり、根源になってきた。従って“小児の事故防止プログラム”や“健康管理マニュアル”が良くまとめられるようになった。具体的保健指導で日本と多少異なる主な事項は以下の通りである。³⁾

新生児期には、出生直後の新生児が両親と十分に接触できる点、両親の要求により母児同室ないし、それと同等のものが与えられる点、母乳栄養推進のため具体的なきめ細かい指導方針が紹介されている点、退院後の新生児を小児科医が継続的包括的に指導できる体制などの他、ベニスの手当の相違、過度の日光浴を避けること、母乳栄養児へのビタミンD投薬などが行われている。

乳児期には、小児虐待の危険性のある両親を見分ける必要性、飲酒・喫煙・薬物使用など健康を害する親の行動による子供への影響、自動車に関する乳児の事故防止、低所得層の母子に対する米国政府の栄養プログラムなどの他、ビタミンD投薬、フッ化物投与、鉄分補給、BCGをしないことなどがあげられる。

幼児期には、乳児期から引き続いた指導が行われているが、ポリオを3～4回服用している点、MMR (麻疹、流行性耳下腺炎、風疹混合ワクチン)が一般化している点、early intervention (子供に対する親の早期介入)を強調している点などが日本との相違点である。

(7) 母子栄養

① 米国における母子栄養の現状

栄養は母子共にその健康と発育に多大な影響を与えることは言をまたない。アメリカでも日本と同様に2つの国家レベルの栄養調査が行われており、1つは農林省による全国食糧消費調査、他方は厚生省による健康栄養調査である。この健康栄養調査は1950年代の終りから開始され、新しくは1976～1981年にも行われているが、これについての資料はまだ入手できないので、ここでは1971～1974年に行われた調査結果(1歳～74歳を対象。食物消費調査、医学及び歯学的検査、生化学検査を含む)を中心に述べる。一方、乳児期はこの調査から除外されているので、「十州にわたる栄養調査…1968年」(この調査は特に危険因子があると考えられている住民群を対象に、人種差、地域差、経済状態による栄養問題を調査)から栄養問題を観察する(表10)。

○乳児期…低出生体重児が低所得者層及び黒人の間にかんりの割合でみられたこと。そして彼らは感染や他の危険因子の影響をかなり受けやすいことが示唆されている。特にこの時期に最も注意しなければならない問題は鉄摂取不足と低体重児及び発育不良児が予想以上に多いこと

である。対象の一部にビタミンA及びCの摂取量及びこれらの栄養素の血清レベル値に関して問題を持つ者が観察されるが、その他の栄養素における問題は比較的少ない。

○就学前児童…一部を除き、比較的好ましい健康状態を示しているが、発育不良や栄養摂取不足は社会経済状態が低い場合に観察され、肥満よりやせの方が問題視されるべきであるという。栄養摂取状況を見ると1～3歳児にみられる鉄摂取不足、さらに黒人の子どもではエネルギー、ビタミンA及びカルシウムの摂取不足が、白人においてもエネルギー及びビタミンC摂取量が標準より低い者がかなりの割合で観察されている。

○妊婦…健康栄養調査成績によるとどの所得層においてもエネルギー、カルシウム、鉄の摂取不足が観察され、若干、ビタミンAも不足している。蛋白質はほぼ適量に達しているが、エネルギー不足があると蛋白質をエネルギー源としてその一部が流用されるので、蛋白質の利用の低下が考えられる。

アメリカでは10代の妊娠がふえており、彼女らは前子癩、貧血、妊娠中の体重増加上の問題、低出生体重児の発生などの危険因子を持っており、特に低出生体重児の発生割合は30～50%増になるという。これらの発生には思春期における体重減量を目的とする栄養上の問題や気まぐれな食生活、薬剤及びアルコールの乱用、社会・経済上の問題が関わっているという。

② 母子に対する栄養プログラム

連邦政府は妊婦及び子どもを対象に次の3つの栄養プログラムを組んでおり、内容は次の如くである。

○The Special Supplemental Food Program for Women, Infant and Children (WIC)…栄養的にリスクをもつ低所得層の妊婦、授乳婦、乳児及び幼児に食物を補給する栄養プログラム。他の栄養プログラムよりも高く評価され、年間予算は次第に拡大されている。しかし、現在、予算が不十分であること、また、恩恵をこうむる人に公平に行き度っているか、州毎に同程度にその効果を示しているか、また、栄養教育の効果はあがっているかなど検討の余地がある。

○The National School Lunch and School Breakfast program…昼食給食は全学齢児の90% (無料、一部補助または全額負担)、朝食給食は30% (無料または一部補助)の者が受けている。しかし、朝食給食の効果は不明であり、政府は朝食給食よりも昼食給食を対象とすべきであるとし、議論されている。

○The Food Stamps program…低所得層の母子を対象にした栄養プログラム。これは家族の食糧調達及び

家族の経済面での福利にも貢献する。しかし、このプログラムの栄養面での影響ははっきりしていない。

(8) 小児医療

日本の小児医療と比べてアメリカの小児医療での相異点を筆者なりに列挙すると以下の点があげられる。

①診察時間帯 日本の小児科外来は病院の都合で診察時間帯が午前、午後、時に夜間と決められているが、アメリカでは24時間体制で外来の小児患者を受けつけているところが多い。小児患者の場合、病気は急変することが多いので、いつでも診てもらえる方が望ましい。

②開業医への病院の開放 小児の患者は family doctor (家庭医) か pediatrician (小児科医) の診察を受ける。これらの専門医は、たとえ開業していても、いくつかの病院との契約があり、必要があればその病院に入院させて自分で治療できる。従って病院は開業医に開放されている。また逆に、大学教授が自宅で開業するのも一般的である。

③主治医の決め方 中流階級以上のアメリカ人は何らかの民間医療保険に加入しており、ある特定の開業医に継続して診てもらっていることが多い。特定の病院や医師でしか保険診療を受けられないことも理由の1つである。その医師の専門性にもよるが、病院が開放されていることもあり1次～3次医療の全てを1人の開業医がこなすこともできる。小児科医として患児やその親から信頼を得るためには、子供の出生前から妊婦と顔なじみになっておくとうまいといわれている。

④低所得層への医療保障 州政府の補助金と、州、連邦政府が共同出資する医療扶助制度メディケード等により、医療費を支払えない低所得層のアメリカ人は、無料の医療が受けられる。その場合、大学病院などで卒業したての研修医に診てもらおうことが多い。

⑤難病の医療費負担の考え方 高度の医療を受ける場合の医療費患者負担は極めて大きい、その患児(の親)が医療費を支払えない場合、寄付を募集すると民間から多額の寄付が寄せられることが多い。日本と異なり所得隔差が大きいので、高額所得者はそのような寄付をして自分の名声を高めようとすることもある。

⑥外来処方長さ 1回の外来診察料が高いため、また、比較的遠方より患者がくることが多いため、小児科医として頻回に外来受診を患児にすすめるわけにいかず、カゼの場合、普通1週間分の処方をする。日本では2、3日分である。小児の病状は変化に富むので1週間分の処方が長すぎることはアメリカ人でも自覚している。

⑦小児科医の診療範囲 日本の小児科医は小児内科的な診療がほとんどであるが、アメリカの小児科医は、小児

表10 アメリカにおける乳幼児の栄養問題

栄養問題	乳 児		就 学 前 児 童	
	問題の割合	危険因子をもつ対象	問題の割合	危険因子をもつ対象
低体重者(15%ile以下)	30~50%	低所得階層	32%	低所得階層
小柄な者 (身長15%ile以下)	32~60%	低所得階層	40%	低所得階層
肥 満	10%	白人と黒人ではほぼ等分布。 収入と無関係	7%	2~5歳児。黒人及び女児 よりも白人男児にわずかに 多い
エネルギー摂取の少ない者(1,000 Kcal以下)	—	—	白人 14% 黒人 23%	低所得階層
鉄摂取量の不適正な者	平均摂取量はスタンダード以下。但しスタンダード以下の者74%	すべての乳児にみられるが特に低所得層の白人以外の高月齢児	86.7%	1~3歳児
ヘモグロビン値の低い者	白人及びスペイン系アメリカ人 15% 黒人 30%	2歳以下 低所得階層	貧困レベル以下 白人 4.9% 黒人 8.3% 貧困レベル以上 白人 1.2% 黒人 7.7%	比較的年長児
トランスフェリン飽和度の低い者	—	—	貧困レベル以下 白人 8.3% 黒人 22.1% 貧困レベル以上 白人 13% 黒人 15.6%	低所得階層の黒人
ビタミンC摂取の不適正な者	平均摂取量はスタンダード以上。但しスタンダード以下の者48%	低所得階層	スタンダード以下 44.2%	低所得階層の白人及び黒人
血清ビタミンC値の不適正な者	13%	2歳以下の黒人	—	—
ビタミンA摂取の不適正な者	平均摂取量はスタンダード以上。但しスタンダード以下の者15%	低所得階層の高月齢児	32.3%	低所得階層の黒人
血清(又は血漿)中のビタミンA値の低い者	白人 22%	2歳以下の低所得階層及び高所得階層	貧困レベル以下 白人 1.6% 黒人 9.1% 貧困レベル以上 白人 2.4% 黒人 10.3%	黒人
カルシウム摂取の不適正な者	平均摂取量はスタンダードの2倍以上。但し1日の摂取量が400mg以下の者が6%	低所得階層の高月齢児	黒人 33.3% 白人 13%	黒人
ビタミンB ₁ 摂取の不適正な者	—	—	2.7%	白人にわずかに多い
ビタミンB ₂ 摂取の不適正な者	平均摂取量はスタンダード以上。但しスタンダード以下の者2.5~5%	低所得階層の高月齢児	2.4%	黒人にわずかに多い
尿中のビタミンB ₂ レベルの低い者	25%	4歳以下 低・高所得階層の黒人	—	—
う 歯	—	—	平均う歯数 1±0.6本 処置の必要な者 16.6%(±1.05)	—

の耳鼻科、眼科、皮膚科など小児の関連他科領域をカバーしている。患児に発熱があればほとんど必ず鼓膜を耳鏡で診るし、眼科的な専門検査も一般小児科医が行える。⑧academic generalistの必要性²⁷⁾ 専門医は非常に狭い分野を追求することによって今まで科学を進歩させてきた。しかし、現在、専門医の研究と一般医療とのギャップが指摘されている。多くの子供の健康を増進させるようなありふれた病気についての研究が望まれている。⑨大学教育での問題点²⁷⁾ 医師の中で、研修と開業との間の差異が最も大きいのが小児科医であるといわれている。大部分の大学の教師は現在、一般小児科を教える時間がなく、興味も示さない専門家達だからである。大学によっては経験に富む一般医を講師として招こうとしている。

文 献

1. 母子保健制度・法令
 - 1) Lesser, A.J. "The Origin and Development of Maternal and Child Health Programs in the United States" Am. J. of Public Health 75-6, 1985
 - 2) U.S. Dept. of H.H.S. "Better Health for Our Children: A National Strategy" Vol. 2-Chapt. 2, DHHS, 1981
 - 3) Office of the Federal Register "The United States Government Manual" National Archives & Resources Administration, 1986
 - 4) "The Guide to American Law: Everyone's Legal Encyclopedia" Vol. 6, 1984
2. 母子保健施策の重点
 - 同上 1), 2)
 - 5) U.S. Dept. of H.H.S. "Better Health for Our Children: A National Strategy" Vol. 1-Chapt. 5 DHHS, 1981
3. 医療制度と保健思想
 - 6) Healthy People — The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention —. The U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, 1979.
 - 7) Friedman, S.B. & Hoekelman, R.A.: Behavioral Pediatrics. McGraw-Hill Book Company, 1980
 - 8) Prugh, D.G.: The Psychosocial Aspects of Pediatrics. Lea & Febiger, 1983
4. 具体的な母子保健施策
 - (1) 性教育・婚前教育・家族計画
同上 5)
 - 9) 松本清一「現代社会と思春期問題—日本と欧米の十代の妊娠を中心として」P. 32 世界と人口 No.159(1987. 4)
 - 10) 「10代の性 妊娠エイズから子どもをどう守るか」 News Week, 2-28-86, 1987
 - (2) 妊産婦の健康診査・保健指導
 - 11) American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians & Gynecologists "Guidelines for Perinatal Care" AAP & ACOG. 1983
 - (3) ハイリスク妊産婦・新生児の管理
同上 11)
 - 12) 村田雄二, 遠藤力「アメリカでの周産期救急医療」周産期医学, 16-10-1463, 1986
 - 13) 村田雄二, 土橋一慶, 山本樹生「カリフォルニアにおける周産期医療と看護」, ベリネイタル・ケア, 3-11-1236, 1984
 - 14) 紀伊国献三「アメリカの医療制度」日本医師会雑誌, 93-11-2157, 1985
 - (4) 分娩法・産後の入院状況
 - 15) 長内国臣「無痛分娩の現況」分娩と麻酔, NO 54. 55, 1980
 - 16) 全国母子健康センター連合会「妊産婦体操の理論と実際」, 1983
 - 17) Balaskas, G. "Active Birth" Unwin Paperbacks, 1983
 - 18) 西島正博「無痛分娩の現状—日本と先進欧米諸国の大学病院の実状」分娩と麻酔, NO.62, 1987
 - (5) 授乳法
同上 11)
 - 19) U.S. Dept. of HHS "Report of the Surgeon Generals' Workshop on Breast-feeding & Human Lactation" DHHS, 1984
 - 20) The Pediatric Clinics of North America "Symposium on Nutrition: Human Milk Feeding" PCNA, 1985
 - 21) American Academy of Pediatrics "Guidelines for Health Supervision" AAP, 1985
 - (6) 乳幼児の健康診査・保健指導
同上 5), 19)
 - 22) アメリカ小児科学会, 伊藤助雄, 他訳: 小児の健康管理読本, 日本小児医事出版社, 1986

堀口他： 諸外国の母子保健施策

- 23) Stratton, P.: Psychobiology of the Human Newborn, John Wiley & Sons, 1982
- 24) Brazelton, T.B.: Neonatal Behavioral Assessment Scale, 2nd Edn. Spastics International Medical Publications, 1984
(7) 母子栄養
同上 2), 5), 11), 19), 20), 21)
- 25) US Dept. of H.H.S. "Better Health for Our Children: A National Strategy" Vol. 4, DHHS, 1981
(8) 小児医療
- 26) 日本保健医療行動科学会：健康と病気の行動科学，メヂカルフレンド社，1986
- 27) 第89回日本小児科学会，会頭山下文雄，1986年5月久留米市

- ⊛ a: 新生児
 b: 乳児
 c: 児童(1歳~早期思春期)
 d: 青年
 e: 再生産年齢の女性

資料 母子保健にかかわる必要なサービス

サ ー ビ ス の 内 容	年齢区分 [⊛]
I. 対象者へのサービス	
1. 以下を含む新生児期のサービス	
1) 出生直後の新生児の評価と鼻腔・口腔吸引のような適切な処置の習慣	a
2) フェニールケトン尿症, 甲状腺機能低下症, ガラクトース血症を含む遺伝性疾患のスクリーニング検査	a
3) 診断と治療。急性慢性双方の一般的健康問題の経過観察	a
4) 以下を含む予防処置	a
① リン菌による眼の感染予防	
② ビタミンKの投与	
5) 適切な新生児集中治療単位のサービス	a
6) 出生直後の新生児と両親との十分な接触。両親から要求されれば母児同室ないし、それと同等のものを用意する。この2点を含む愛着と結合を支える活動	a
7) 病産院から退院後の新生児を継続的包括的に小児科医が世話できるような制度	a
2. 以下を含む定期的健康診査	
1) 既往歴及び系統的評価——一般医学, 社会的, 家族的, 遺伝的背景。月齢, 発達段階, 生じやすい問題を質問する項目(bcde)さらに職業的, 体質, 既往妊娠, 現在の妊娠についての項目を含む(e)	b c d e
2) 以下を含む完全な身体検査	
① 身長・体重——正常な発育曲線からのへだたりに注意(過剰体重増加, 体重増加不良, 発育不良など)(c, d)	b c d
② 頭囲	a b
③ 行動発達評価——性的発達状態の評価を含む(d)	b c d
④ 視力, 聴力, 言語の評価——言語評価を除く(b)	b c d
⑤ 血圧, 胎児の発育	e
3) 社会心理的生育歴——兄弟・家族関係, 学校問題などを含む(c)。上記以外に学外活動, 性行動及びアルコール, 麻薬の使用を含む健康に関連ある習慣を含む(d)	c d
4) スクリーニング及び検査所見——ヘモグロビン, ヘマトクリット及びツベルクリン反応を含む。リスク児には鉛中毒, 寄生虫, 性病スクリーニングのような処置(c, d)。上記以外に鎌状赤血球症を含む(b)	b c d
5) 栄養評価及び必要なサービスや補充——その他地域の水道がフッ素処理されていなければフッ化物, ビタミンD, 鉄分などを含む	a b c d e
3. 国の認定基準に基づく予防接種	b c d e
4. 全般的な急性, 慢性の健康問題の診断と治療または照会, 経過観察(b, c, d, e)。既往歴や妊娠中の急性・慢性の疾患で妊娠, 胎児の発育, 母体の健康に悪影響を及ぼす可能性のある問題及び既往歴や現在の急性・慢性の疾患に拘らず, 母親の養育能力に悪影響を及ぼす可能性のある問題について(e)	b c d e
5. 急性及び慢性双方の精神衛生上の問題と治療, または専門家への照会及びその経過観察——情緒・学習障害, 行動障害, アルコール及び麻薬などに関する問題, 家族, 兄弟及び友達関係の問題(c, d), アルコール, 麻薬以外の物質の習慣的服用, 喫煙など(e)。	c d e

堀口他： 諸外国の母子保健施策

- さらに既往歴や妊娠中の急性・慢性の疾患で、妊娠、胎児の発育、母体の健康に悪影響を及ぼす可能性のある問題及び既往歴や現在の急性・慢性の疾患に拘らず、母親の養育能力に悪影響を及ぼす可能性のある問題（マタニティーブルーを含む）について（e）。
6. 慢性疾患及び / 或いは障害をもつ者に必要なカウンセリングと支援サービス c d
 7. 家族計画サービス及び教育 — 青年、配偶者及び家族に対する広範囲に亘るカウンセリングを効果的に使って。また、初期の胎児ケアの重要性、思春期早期に出産する場合、母子双方に対するリスクに関する教育 d
 8. 予防と治療双方から歯科検診サービス — 口腔内検査、虫歯予防、X線、地域の水道水にフッ素処理が行われていない場合のフッ化物の補給、充填、身体または心理的に重大な障害がある場合の歯列矯正、歯根膜炎を含む歯科問題の処置などを含む c d e
 9. 家庭保健サービス（b, c, d）及び家事サービス（e） b c d e
 10. 以下を含む思春期妊婦及び若年の親に対する適切なサービス
 - 1) 低出生体重児の発見と予防のための妊婦サービスに特別な注意を払うこと d
 - 2) 次の項目に関連する深層カウンセリング d
 - ① 家族と配偶者の関係
 - ② 親子関係に対する心構えを強調した家庭管理及び家庭生活
 - ③ 職業及び教育計画
 - ④ 乳児及び幼少児の養育に伴うストレスの管理
 - ⑤ 経済計画
 - 3) 思春期妊婦及び若年の母親が学校に在籍しつづけ、且つ / 或いは必要な職業技術を身につけることを奨励するのに必要な特別の教育施設の設置 d
 - 4) 乳幼児や学童の保育体制、家庭保健及び家事サービス、危機時の介入、心理面での支援サービス及び地域資源に、若年の母親と家族をつなぐためのサービスなどを含む必要に応じての支援サービス（WIC、福祉計画、住宅援助、地域の精神健康センター、職業カウンセリングや教育機関及び食糧スタンプ）など d
 11. 以下を含む妊娠可能な女性へのサービス
 - 1) 将来の妊娠・胎児の発育の健康上の問題についての診断・治療または照会・経過観察
 - ① 性行為感染症 e
 - ② 免疫状態（風疹など） e
 - ③ 婦人科領域の器質的障害と機能障害 e
 - ④ 器質的な問題 — 腎臓病、心臓病、高血圧症、糖尿病、内分泌障害 e
 - ⑤ 過剰・過少体重を含む不適当な栄養状態 e
 - ⑥ 妊娠の成立 e
 - ⑦ 遺伝的リスク e
 - ⑧ 職業的な危険 e
 - 2) 妊娠・胎児の発育、妊婦の健康などに悪影響を及ぼす可能性のある急性・慢性の精神的或いは行動上の問題の診断・治療または照会、経過観察
 - ① 精神分裂病やうつ病などの重大な精神障害 e
 - 3) 包括的な家族計画サービス
 - ① 情報、教育、カウンセリング — 家族計画の概念・方法、出生前のケアの重要性、不適当な年齢における出産のリスクなど e
 - ② 身体検査 — 必要に応じて乳房と骨盤内臓器の検査、パパンコラウ法、淋菌培養、尿検査、血清検査 e
 - ③ 家族計画や避妊方法についての教育 e
 - ④ 妊娠テスト — 適切なカウンセリングと照会（出生前のサービス、養子縁組や中絶 e

- などを含む)
- ⑤ 不妊症のためのサービス — カウンセリング, 情報, 教育, 治療 e
 - ⑥ 不妊手術に関するサービス — カウンセリング, 情報, 教育, 治療 e
 - 4) リスクのある人を発見するための遺伝スクリーニングと関連サービス — 適切なカウンセリングと照会 e
12. 以下を含む出生前のサービス
- 1) 妊娠の早期発見 e
 - 2) 妊娠継続に関するカウンセリング
 - ① 出産を希望している場合には — 妊娠中のケアの提供 (一般的妊婦管理) や, もし必要とすれば養子縁組の照会や提供, また, 出産準備クラスの照会 e
 - ② 中絶を希望している場合には — 家族計画についてのカウンセリングを含み, 妊娠初期または中期の中絶についての相談指導 e
 - 3) 出生前のサービス (検診やサービスには次の項目を含むこと)
 - ① VDRL, パパニコラウ法, 淋菌培養, ヘモグロビン, ヘマトクリット値, 尿検査 (糖, 蛋白), Rh 型, 不規則抗体スクリーニング, 血液型判定, 風疹抗体検査 e
 - ② 先天的障害 (神経管欠損, ダウン症候群, テイ・ザックス病, 鎌状赤血球症など) が予測される胎児のスクリーニング検査・診断及び経過観察体制をもったカウンセリング及び中絶に関する相談指導 e
 - ③ ハイリスク妊婦管理のサービス — 妊娠中・周産期ケアとサービス e
 - ④ 必要に応じた経過観察や照会を考慮したカウンセリング及び予測的指導 e
 - i) 妊婦体操や妊婦スポーツ
 - ii) 妊娠中の栄養 — 過剰にならない程度の十分な体重増加
 - iii) 妊娠中の喫煙, アルコール, マリファナや覚醒剤などの禁忌, 及び放射線, 危険な化学物質, 職場での危険など, 環境的な危険の回避
 - iv) 異常妊娠と陣痛開始の徴候に関すること
 - v) 分娩に対する準備 (配偶者も) — 分娩場所の選定や麻酔使用に関する考えなど
 - vi) 妊娠中の薬物使用
 - vii) 乳児の栄養と授乳の仕方 (母乳栄養も含む)
 - viii) 分娩時から始まる継続的で包括的な小児科学的ケアの計画 — 家族が小児科学的ケアに関心を持つように, 出産前に小児科医師と話し合う機会をつくる
 - ix) 出産に伴う感情的・社会的変化 — 夫婦関係や家族関係の変化, 産褥期の母親の特別の必要性, 新生児を家に迎えるにあたっての準備
 - x) 患者の関心事などに関連した問題
13. 以下を含む周産期及び産褥期のサービス
- 1) 分娩の進行状態と母子の状態について e
 - 2) 陣痛・分娩時の医療サービス — 母子ともに或いはどちらかが危険な状態にあるかどうかの診断と処置 e
 - 3) 母子ともに或いはどちらかが医学的に緊急な状態の場合, 必要なサービスをすぐに提供できる施設での熟練した専門家による出産, またはこのようなサービスと連携できる施設での出産 e
 - 4) 必要に応じた経過観察や照会を考慮したカウンセリングや予測的指導
 - ① 乳児の発達と行動 e
 - ② 乳児の栄養と授乳の仕方 (母乳栄養も含む) e
 - ③ 母子のための継続的かつ包括的なケアをする所の重要性 — 新生児の病気や母乳栄養上の困難さなどの問題について援助してくれる所 (方法, サービス, 機関など) e

の確認

④ 新生児の病気の発見と管理

5) 産褥期の定期検診 — 必要に応じて照会や経過観察

① 必要に応じた臨床検査

② 家族計画サービス

II. 対象者の家庭へのサービス

1. 以下の事項に関する対象者及び両親に対するカウンセリング、予測的指導、照会、経過観察

1) 乳児の発達と行動

2) ことに母乳栄養の場合、母体の栄養的必要性、乳児の栄養的必要性、授乳方法

3) 親業の熟練性 — 小児及び児童の虐待あるいは怠慢の危険のある両親を見出すための特別の評価を含む (b, c)。さらに乳児の身体的、情緒的、知的な必要性に合った親の養育に関することを含む (e)

4) 予防接種の必要性と重要性

5) 自動車に関する事故防止及び全般的な事故防止概念

特に家庭内事故、中毒事故 (b, c, e) 及びスポーツ負傷 (c, d)

6) 親の喫煙、アルコールや他の薬剤使用及び健康を障害する他の行動による子供への影響

7) 突然の病気や母乳栄養に関する問題のようなものを手助けしてもらえる場所を見出すことを含めて、母親に対する継続的包括的な世話をする所の重要性

8) 病気の認知と管理

9) 子供の養育の手はず

10) 食品購入及び調理を含む栄養の必要性、日常の食事の必要性、高品質の食事の重要性 (c, d), 流行食に伴うリスク (d)

11) 児童のための医療、養育の整備

12) 児童及び青年の喫煙、アルコール、麻薬の危険

13) 身体活動、鍛練 (c, d) 及び睡眠 (d)

14) 衛生及び応急手当

15) 歯科保健

16) 成人病の児童期からの発生

17) 児童の発達 (性的成熟、適応及び発達・行動問題を含む)

18) 環境公害

19) 家庭や学校での問題と関係ある精神身体的訴え

20) 青年にみられる健康に関係ある種々の行動と成人病との関係

21) 性の発達と調節、男女関係及び家庭生活

22) 学校及び職業計画を含む将来計画

23) 対象者及び両親 (b, c), 家族 (d) に関連した話題

2. 両親のために必要とされるカウンセリング及び適当な治療サービスの提供もしくはサービスの照会 (家庭保健, 家事サービスを含む)

1) 慢性疾患者、障害者、アルコール、薬物乱用者、精神衛生疾患者 (母親のうつ状態を含む)、または対象者の養育能力に深刻な影響を及ぼすその他の健康上の問題をもつ親

2) 重症な疾患の対象者をもつ親

3) 慢性疾患の子供または障害児をもつ親 (b, c, d), あるいは明らかな問題行動、情緒的問題を有する児をもつ親 (c, d)

4) 入院中または入院予定の対象者をもつ親

e

e

e

b

b

b c e

b c

b c d e

b c e

b

b

b e

c d

c

c d

c d

b c e

c d

c

c

c

d

d

d

d

b c d e

b c d

b c d

b c d

b c d

Ⅲ. 下記のような項目に関する健康教育	
1. 対象者の家庭へのサービス I, II に既述した事項	a b c d e
2. 積極的な健康習慣の育成	a b c d e
3. 適切な保健サービスの利用	a b c d e
4. 地域保健資源の利用 — 健康維持に役立つ WIC, 食糧スタンプ, 福祉, 社会サービスなど	a b c d e
Ⅳ. アクセス関連サービス	
1. 次のような適当な搬送サービス	a b c d e
1) 救急医療搬送サービス	
2) 第三次医療施設と連携した搬送サービス	
3) 必要な保健サービスを得るための搬送サービス	
2. 遠隔地サービス	a b c d e
3. ホットライン, 通訳, 24時間の緊急電話サービス	a b c d e
4. 必要な保健サービスを得るための子供の養育サービス	a b c d e

2. 保母の養成と資格に関する国際比較研究 II

研究第5部 網野武博

研究第9部 川西康裕

共同研究者 荒井 洌 (埼玉衛生短期大学)

I 研究の目的と主旨

II 研究の方法と対象国

III 結果及び考察

1. 保育者の養成と資格の体系
2. 保育施設の名称と保育の意味
3. 保育者の名称とその専門性
4. 保育施設における保育者の専門的背景
5. 保育者の養成と保育者の年齢・性

以上「紀要」第22集「保母の養成と資格に関する国際比較研究 I」に掲載

III 結果及び考察

6. 欧州3か国保育者養成の動向に関する比較考察

以下に報告するものは、英国、フランス、スウェーデンの3か国の保育者の養成、資格並びに主として保育(day care)に関する動向である。英国は、わが国と同様の所管分離対象区分型に属し、保育と幼児教育とが制度上分離されており、年齢を問わず保母が保育に従事している。フランスは、所管分離年齢区分型に属し、保育所の保育者は主として乳児及び2、3歳までの年少幼児を対象としている。またスウェーデンは、所管統合福祉省担当型に属し、年齢を問わず保育者の中に幼児教育を担当する職員が含まれている。

したがって、3か国についてふれる保育者の内容は、英国についてはわが国とはほぼ同様の保育について、フランスについては乳幼児の保健、看護を含む保育について、またスウェーデンについては幼児教育を含む保育についての比較である。

(1) 連合王国(英国)

① 保育者の役割

1 保育所

英国の保育所(Nursery)は、1948年に制定された「保育所及び家庭保母規定法(Nurseries and Child-

Minders Regulation Act)」によって運営されている。保育所は第1条の中で「…児童が日中、または日中の主要な部分もしくは6日を超えない期間保護される(looked after)べく預けられる所」とされており、すべての保育所は、地方自治体の保健部局によって登録され、必要な監督を受けている。1965年4月10日の保健省通知の中でも、保育所を登録制とするのは、児童の健康と福祉を保護する(safeguard)ことを目的としているためである、と述べている。

このように、保育所は、母親に代わって幼児を預かり保護するという趣旨が制度上強く、母親による家庭養育が不可能な場合に止むを得ず保育するという託児施設という受けとめ方は、今日もあまり変化していない。以下に1965年の通知の中で記されている保育所における幼児の保育(care)の項について、引用するが、その方針は、積極的、育成的ケアを保育者に求めるというよりも、豊かな集団生活や遊びの機会を確保し、保育者はむしろ日常生活の中で最も基本とする世話に重点をおき、母親に代わる幼児の心身の安定の場として配慮するという観点が示されている。

「保育所における保育は集団で組織するものとする。集団においては、あらゆる基本的なケアを行う1人乃至数人の職員を中心に、幼児の年齢を混合させて組織することが望ましい。このような配置は、幼児の個別的保育の連続性というニーズに合致し、幼児の会話や自己表現を奨励することになる。幼児のための幸福で平和な雰囲気を持続するためにあらゆる努力が払われる。

保育所における幼児の適切なケアの本質は次の如くである。

(a) 幼児には、日中屋内及び屋外において関心のある活動に向かう機会を持たせ、あり余る程の遊びと絶えず利用することのできる器材を必要な限り用意しなければならない。

(b) 幼児には、歌唱、リズム、お話、音楽、簡単なゲーム及び絵画、植物、花、ペットへの興味を通じて

- 言語の発達や表現の機会を持たせなければならない。
- (c) 幼児はあらゆる活動のためにそれぞれ適切な服装を必要とする。
- (d) 給食は適切で魅力的なものでなくてはならず、食事は家庭的な設定の下で行なわれなければならない。
- (e) 個々の幼児の衛生管理、手洗い等の訓練を援助しなければならない。
- (f) 日中の間に休息及び静養の時間をおこななければならない。
- (g) 幼児を事故から防護しなければならない。」

しかし、近年の保育養成課程の改正により、乳幼児の発達への理解と援助、乳幼児と家族、社会との関係を重視した専門性がより強調されるようになってきた。

保育所の職員の中心は、保育士 (nursery nurse: nurse) は必ずしも女性に限られていない。以下「保育士」は「保育士」を含むものとする。) であるが、いわゆる主任的保育士の役割をもち、管理面を担当する職員は保育長 (matron) と称される。保育長、保育士、保育助手 (nursery assistant) のいわゆる保育者は、児童 5 人に 1 人の割合で配置されることとなっている。保育所の定員が 50 人以上になることは望ましくないとされているが、30 人以上の定員をもつ保育所では、保育長を除いて 5 人に 1 人の保育者が置かれ、また 2 歳未満児や障害児が含まれている場合は、さらに保育士の数は多くなる。

保育長は、教育、管理能力を持ち、入所児童の社会的背景や家庭状況を理解する能力をあわせ持っているべきである。さらに、保育士と保育者と幼児、母親との良好な関係をつくる能力も求められる。

このほか、経験を積んだ保育士の中からとくに訓練を受けた保育士が監視保育士 (warden) となる。その役割は主として 2 歳以上の幼児の遊びや遊具面の責任をもつことにある。

保育助手は保育士を確保できない場合に、補助的保育士としてかかわる。したがって、保育助手が多くかかわっている保育所は望ましくないことになる。年齢は 18 歳以上であること、保育について、常に現任教育を必要とすること以外、専門的資格要件はない。

ii 家庭保育 (Child minder)

家庭保育は英国における家庭的保育制度として、保育所と同じく 1948 年の「保育所及び家庭保育規定法」によって公的に位置づけられている。家庭保育は第 1 条の中で「…報酬を受けて 5 歳までの児童を保護 (look after) すべく自宅で預かる人」とされている。家庭保育は、専門的資格を必要としないが、保育と同じく地方自治体の保健部局によって登録され、必要な監督を受ける。筆者

は、Child minder について先の研究報告でやや詳細にふれた。登録制が採られているとは言え、厳密なチェックはなく、また未登録のチャイルド・マインダーが相当数保育にたずさわっていること、さらに家庭で母親のもとで育てられている状況と最も類似しているという理由で最も望ましい方法であるといえるかどうかの疑問について等々である。表 1 にみるとおり、しかし、登録家庭保育士の数の増加は著しく、登録制保育所の中でも、わが国の保育所と同じ内容の施設保育所が伸び悩んでいる状況と対比的である。

ところで、表 1 に示す地域 (place) という分類に該当する保育所や保育家庭は、上述のいわゆる施設保育所と異なり、ある地域の特定の場所で行なわれる集団保育、家庭的保育であり、しかもその多くは、短時間乃至半日程度の保育である。これらの内容についての規定や基準については詳細は不明であるが、プレイ・グループを典型として、その数は保育ニーズに対応するものとして次第に増加している。ここにかかわる保育者は、母親や家庭保育 (Child minder) であることが多く、必ずしも専門性が問われているわけではない。むしろ家庭養育の限界を超えて、母性的養育とともに社会保育、社会教育の場として今日重視されている。

表 1 英国における登録保育所、登録家庭数

			1964	1974	1984
登録 保育所	施設 保育所	全日制	1,585	1,175	829
		時間制		12,875	16,100
	地域	全日制	38,144	24,332	23,124
		時間制		323,131	384,524
登録 家庭 保 母	家庭 保 母		2,994	30,200	53,041
	地 域		"	85,185	116,331

英国保健社会保障省 "Health & Personal Social Services Statistics for England" 1985 より作成

② 保育士の専門的資格とその養成

1 保育士の専門的資格

英国においては、プレイ・グループの保育士や家庭保育士は言うまでもなく、登録保育所の保育士についても、特定の資格要件を課す法律その他の規定はない。実質的には、国家保育試験委員会 (National Nursery Examination Board - 以下 NNEB) の規則に基づき NNEB が認定した養成学校における養成課程を修了し、NNEB の実施する国家試験に合格した者が、相当数保育所保育

の中に含まれている。したがって実態的にはわが国の保育所の保母に類する専門的資格を要する職種は、保育所の保母 (nursery nurse) であるといえる。保母の専門的資格取得の要件は、NNEB が認定する継続教育専門学校 (通常中等教育の前段階にあたる義務教育終了後入学することができる) で2年間の課程を修了し、NNEB の実施する2種類の試験に合格することである。専門学校への入学年齢は、したがって16歳以上であり、18歳時に卒業する。継続教育専門学校の他に、NNEB が認定する私立保母養成学校 (後期中等教育終了後に入学することができる) があり、これら保母養成学校連盟に加盟している学校で2年乃至18か月の課程を修了し、NNEB の試験に合格することによって資格が認定される。この場合の入学年齢は、18歳以上であり、20歳以上の年齢で卒業する。試験に合格し、保母資格を取得する者は毎年4000人を超えるようである。

保育所長、保母長、監視保母ら幹部の保育者は、さらにソーシャル・スタディ資格 (Certificate of Social Studies—CSS) またはソーシャル・ワーク認定資格 (Certificate of Qualification of Social work—CQSW) を有することが望ましいとされ、その指導がなされている。しかし、この要件は、保母が福祉の専門性を身につけることとはあまり関係がなく、保育と福祉を並列させた内容として位置づけられている。

一方、英国における幼児教育を担当する保育学校の教員は、専門教育学校、ポリテクニクス、大学 (後期中等教育終了後入学することができる) において3年乃至4年の課程を修了し、初等教育、中等教育の教員と全く同一の資格を取得する。入学年齢は、18歳以上であり卒業の年齢は21歳乃至22歳以上である。

保育所保母は NNEB が定める専門性を重視した教育を受けて資格を取得していても、その処遇、給与等は教員よりも低い。その典型は、保育 (day care) のニーズに応ぜざるを得ない保育学校の職種にみられる。保育所保母は、保育学校で勤務する場合は保育助手 (nursery assistant) と称され教員の助手として位置づけられ、教員の活動プログラムの編成を助け、実践に協力し、とくに年少児の種々の活動を準備・指導し、グループ活動を援助する、という役割を担う。助手としての役割は、病院で勤務する場合も同様である。その理由のひとつは、入学する学校の段階、水準の相違であり、取得する資格のレベルとかかわっている。さらに、もうひとつの理由としては、保育 (day care) に必要とする専門性に対する英国の一般的認識の問題がある。実際に保育所保母資格を取得した者の就職、勤務先をみると、約70%が保育

(day care) 関係である。しかし、近年とくに増加しているのは施設保育所の保母ではなく、私的保育を中心とする家庭的保育や家庭保母としての役割である。今日ではその割合が20%を超えつつある。将来国家保母資格を取得している家庭保母が次第にその割合を増すことが予想される程に、その傾向は特徴的であり、NNEB の解説書もこの点を強調している。また、公的サービスの中では常に上位を占めてきた保育学校、保育学級等教育サービスにおける保育助手としての職や、その次に多いソーシャル・サービスや病院等の保健サービスにおける保育者や保育助手としての職は漸減しつつある。

ii 国家保母試験委員会 (NNEB) の役割

NNEB は1945年7月に発足した。NNEB は公的役割を担った機関ではあるが、政府機関ではなく、公・私関係団体の代表者によって構成されている。1981年のブライヤリー報告に基づき改組された現在の委員会の構成メンバーは、表2のとおり21団体及び4監査官、2オブザーバーの計27団体・機関の代表者である。

NNEB の役割は、国家保母資格を取得することのできる保母養成校を認定し、養成課程を定め、その理論と実習の内容と妥当性を評価し、常に見直していくことである。そして年2回の筆記による国家試験の問題を作成し、さらに資格取得後の継続的現任教育を計画し実施することである。

NNEB によって認定された保母養成課程をもつ継続教育専門学校は、1985年現在公立が154校 (県立90校、都市立41校、大ロンドン区立23校)、私立が4校の計158校である。このうち私立保母養成学校は、18歳以上を対象とする専門教育学校である。

NNEB は設立当初0歳から5歳までの乳幼児を保育する専門家の養成に力を注いだ。保育所保母が幼児学校 (Infant School) の助手として勤務することが多くなったため、1965年からは7歳までの幼児の保育に必要な課程に拡大した。今日の保母養成課程「規則」は1982年4月に改訂されたものである。また、1983年からは、資格取得後の現任教育についても力を注ぐこととし、継続訓練委員会が設置された。以下に具体的な養成課程及び現任教育についてふれる。

iii 保母養成課程

NNEB による保母の国家資格を得るための養成は、資格を有する保母にふさわしい必要な知識、技術、能力を習得させるのみならず、養成される学生の人間的発達を助長させることにあることがその目的の中で明記されている。1982年に改訂された新しい養成課程の領域は、「付則」によって、以下の7領域に分類され、それぞれ資

表2 NNEBの構成メンバー

Constituent Organisations (構成団体)	
Association of County Councils	県議会協会
Association of Directors of Social Services	社会サービス局長協会
Association of Metropolitan Authorities	都市圏当局協会
Association of Nursery Training Colleges Limited	保母養成学校協会
Association of Principals of Colleges	学校長協会
Federation of Recruitment and Employment Services Limited	採用・雇用サービス社連盟
Managerial Administrative Technical and Supervisory Association	管理運営技術監督協会
National Association of Certificated Nursery Nurses	全国有資格保母協会
National Association of Health Authorities in England and Wales	全英保健当局協会
National Association of Inspectors and Educational Advisers	全国視学官教育指導官協会
National Joint Council for Local Authorities' (APT & C Services) Employers' Side	全国地方当局雇 用者側連合評議会
National Joint Council for Local Authorities' (APT & C Services) Staff Side	全国地方当局職員側連 合評議会
National and Local Government Officers Association	国家・地方政府担当官協会
National Association of Head Teachers	全国校長会
National Association of Nursery and Family Care	全国保育家庭養育協会
National Association of Nursery Nurse Tutors	全国保母養成教員協会
National Association of Teachers in Further & Higher Education	全国継続・高等教育教員協会
National Union of Public Employees	全国官公従事職員組合
Royal College of Nursing	王立保育学校
Society of Education Officers	教育担当官学会
Teachers Unions (NUT & NAS/UWT)	教職員組合
Assessors (監査官)	
Department of Education (Northern Ireland)	教育省(北アイルランド)
Department of Education and Science	教育科学省
Department of Health & Social Security	保健社会保障省
Welsh Office Education Department	ウェールズ教育省
Observers (オブザーバー)	
Scottish Nursery Examination Board	スコットランド保母試験委員会
Welsh Joint Education Committee	ウェールズ連合教育委員会

格取得に必要な要件が詳細に定められている。

- <1> 成長と発達
- <2> 身体発達と子どもの保健
- <3> 認知の発達と遊びによる学習
- <4> 情緒発達
- <5> 社会関係
- <6> 子どもと家族の権利と責任
- <7> 雇用されている保育所保母

改訂保母養成課程の眼目は、資格を有する保母にふさわしい知識、技術、能力として、今の時代、社会により適合した特別のものをより多く含め、柔軟な課程に変え、一方これを吸収する学生が、自己の意志決定で広い枠組

みの中から責任をもって選ぶ可能性を広げたことにある。現在適用されている養成課程の重点は、職業教育の充実と、補充教育の強化にある。

第1の職業教育の充実は、従来の課程では養成学校のスタッフによる教育の枠組みでは組み込まれにくい新しい特別に採り入れられた知識、技術の部分である。そして職業教育の一般原則として、つぎのような前提事項があげられている。

f a. いかなる職場においても保母として特有の、独自の貢献をすることに対する理解把握を深め、それを実際に示していくように努める。それは、すべての、いかなる児童の身体的、社会的、知的、情緒的ニーズに

対しても関心を注ぐことであらわれる。

- b. 健全な児童の保育 (care) と発達に関する確固たる知識、技術の基盤が、健全なまた障害のある児童のための仕事を成功させる基本的な前提条件である。そこが養成の核となるものであり、その核からさらに障害のある児童のために必要な知識と技術が豊かに広がっていく。
- c. 保母に求められることは、両親の役割を代替するのではなく、むしろ補充していくという能力である。したがって両親とともにその知識を分けあい、児童の発達を促進することについて両親の参加を求め、とくにストレス下にある両親をはじめ、両親間の適切な関係をつくるようにしなければならない。
- d. いかにも技術的にすぐれていても、保母は真空状態であっては効果ある仕事をすすめることはできない。このため学際的グループ (ボランティアを含む) の一部として適切に仕事をする能力を発達させ、自からの特に貢献すべきことを明瞭に、自信をもって把握しなければならない。
- e. 保母には、単に決められた、限られた範囲の課題を果たすのみならず、柔軟性、思考の明晰性・独自性、合理的判断、想像性、広い見解などが必要である。これら能力の開発は課程のすべての面において本質的なことである。」

以上の前提条件は、保母という職に就く者が、児童の発達を援助し、両親と協力し、組織における集団保育の効果を高める上で今日きわめて重要な積極的見解であり、各国に共通の保母の要件であると考えてもよい。

今回加えられた特別の知識、技術の領域については、2年間の養成期間にわたって、理論、実習の継続的評価を通し、そしてNNEBの試験を通じてテストがなされる。

第2の補充教育の強化は、従来の一般教養の領域を、とくに養成を受ける学生の人間の発達に何よりもまず貢献させるためにとくに強化させた部分である。しかし、この補充教育は、職業教育と区画分化させ、これだけを優先させるものではないことが、強調されている。また、その内容としては、以下に示す必須項目を除いては、NNEBが厳しくその教育を求めているものではないが、しかし、NNEBとしては、学生の学習や人間の発達のためにふさわしく、また職業教育を総合的に補充していくのにふさわしい項目については、養成学校も十分な関心を払うよう要望している。

必須項目とはつぎの内容のものである。

① コミュニケーション及び創造的芸術活動

さまざまな大人、児童との言語、文章、メディア等によるコミュニケーションに十分なエネルギーを注ぎ、さまざまな創造的芸術活動を経験し、自己を知り、高めるように努める。

② 人間と環境

生物の進化、成長、環境の歴史的発達、生活形態と環境、環境論、環境問題、児童と動物、植物の飼育、活用などに関する意識を高める。

③ 社会で生きるということ

自らが生き、仕事をしようとする社会環境への理解や、現代社会における生活に必要な技術を身につけていく。

以上の課程を2年間にわたって学ぶことになるが、全期間の40%の時間が実習にあてられる。したがって理論と実習の比率は3:2と、実習が非常に重視されており、しかも一定期間に集中することなく、毎週の5分の2、毎月の5分の2など、きわめて柔軟に行われている。

IV 資格取得後の現任教育

1981年に公にされたブライヤリ報告を受けて、NNEBは、資格取得後の保母の現任訓練や現任教育を強めるために、1983年継続訓練委員会 (Further Training Committee) を設置した。時代、社会に対応した新しい知識、技術を吸収し、他の専門分野との学際的協力関係 (とくに教育、保健、ソーシャル・ワーク) を効果的にすすめるため、1983年から資格取得後教育認定制度 (Certificate in Post-Qualifying Studies—CPQS) が採り入れられた。この認定制度は、現任教育を基本として最低2年間の課程を終了する場合に認定証が与えられる。そのためには、学生のスーパービジョン、障害のある児童の特殊ニーズ、両親との協力関係、多民族地域内活動などさまざまな分野の現任訓練を終えなければならない。

(2) フランス共和国

① 保育所の保育者とその資格、役割

フランスの保育所は生後3か月頃から3歳未満の乳幼児を保育する。したがって対象とする子どもの数は幼児教育を含む母親学校よりは、はるかに少なく、また必ずしも国、地方政府は保育所の拡充整備について積極的ではない。しかし、女性の職場進出などを背景とした保育ニーズは強く、保育所の整備が強く求められている。これに対しては、事実上母親学校への就学率の増加で対応し、乳児、年少幼児については、他の欧米諸国と同様に施設保育所よりも家庭保育所、保育家庭の充実によって対応する傾向が今日も続いている。

今日の保育所 (crèche) や保育者に関する規定は1945年の法令を基礎としており、1950年代、1970年代にさら

に整備され、また、近年ミッテラン政権の下で新たな動向がみられる。

Ⅰ 施設保育所 (crèche collective) の保育者

施設保育所は、1975年11月5日付「保育所の機能に関する政令」により「ひとつの建物の中で、あるいはこの方法を志向する一定の場所において児童を保護 (garde) する」保育所であると定義されている。この政令では、乳児及び低年齢幼児を保育 (garde) する上で、とくに必要な保健、看護的機能が重視されている。保育者については、「児童の保護監督 (surveillance)、養育 (soins)、教育 (éducation) に従事する職員定数は、歩行のできない児童5人に対して従事者1人、歩行可能な児童8人に対して従事者1人とする (第17条)」と定め、保育者の具体的な業務として保護監督、養育、教育をあげている。1986年に職員定数は全児童を通じ7人に1人に改められた。また、同条では、「…この職員の少くとも半数は、準保母としての資格取得者でなければならない。」とし、さらに「40人の定員を超える収容能力のある保育所では幼児教育教員国家資格取得者1人を配置しなければならない。」と定めている。

したがって直接の保育者としては、保母 (puericultrice)、準保母 (auxiliaire puericultrice) 及び乳幼児指導員 (educatrice des jeunes enfants) の三者で構成されている。このほか、第8条において「…所長は、必要な限り、専門家の協力とりわけアシスタント・ソシアレ (ソーシャル・ワーカー)、心理学者、乳幼児指導員、社会医療専門官、運営管理専門官もしくは会計士の協力を組織する。」と定めている。

従来、子守り (berceuse) と呼ばれる保育者が多くみられたが、専門的資格は無く、今日では準保母に変わりつつある。

施設保育所の所長及び保母は、後期中等教育のリセ (lycées) を終了後、看護専門学校において3年間の課程を修了し、看護婦としての国家資格を取得する。さらに保育または幼児教育専門学校において1年乃至2年の課程を修了し、国家試験に合格することにより国家保母資格 (diplome d'Etat de puericultrice) を取得する。したがって所長及び保母は保育のみならず看護専門職としての役割が問われ、また職種としては管理職につながるものである。

このような保母、所長となる職のための専門学校の数は全国で公・私あわせて20校である。毎年約700人が卒業する。

施設保育所の半数以上は準保母でなくてはならないと、先の政令で定められているが、実際には保育者の70%が

準保母で構成されており、乳幼児の保育に専ら従事する中心的存在となっている。準保母は、前期中等教育のコレージュ (collège) を終了後保育学校等専門教育リセにおいて2年間の課程を修了し、国家試験に合格することにより国家準保母資格 (diplome d'Etat d'auxiliaire puericultrice) を取得する。保育学校は公立校が多く、毎年約2400人が卒業する。保母資格取得者がほぼ完全就職であるのに対し、準保母は余剰しており、現在約3000人が職に就けない状態にある。尤も保母は病院等医療・保健機関への就職も多い。

乳幼児指導員は、社会事業国家連帯省 (旧保健家庭省) が管轄する3歳乃至6歳児のための幼稚園 (jardin d'enfant) において幼児教育を担当する職員として働いていた職種である。近年これらの幼稚園が減少するに及んで、保育所において年少幼児の遊びを通じた教育・指導を行っている。一般的には、施設保育所に2名配置されている。乳幼児指導員は後期中等教育のリセを終了後、教育専門学校において2年間の課程を修了し、国家試験に合格することにより国家乳幼児指導員資格 (diplome d'Etat d'educatrice (—teur) de jeunes enfants) を取得する。

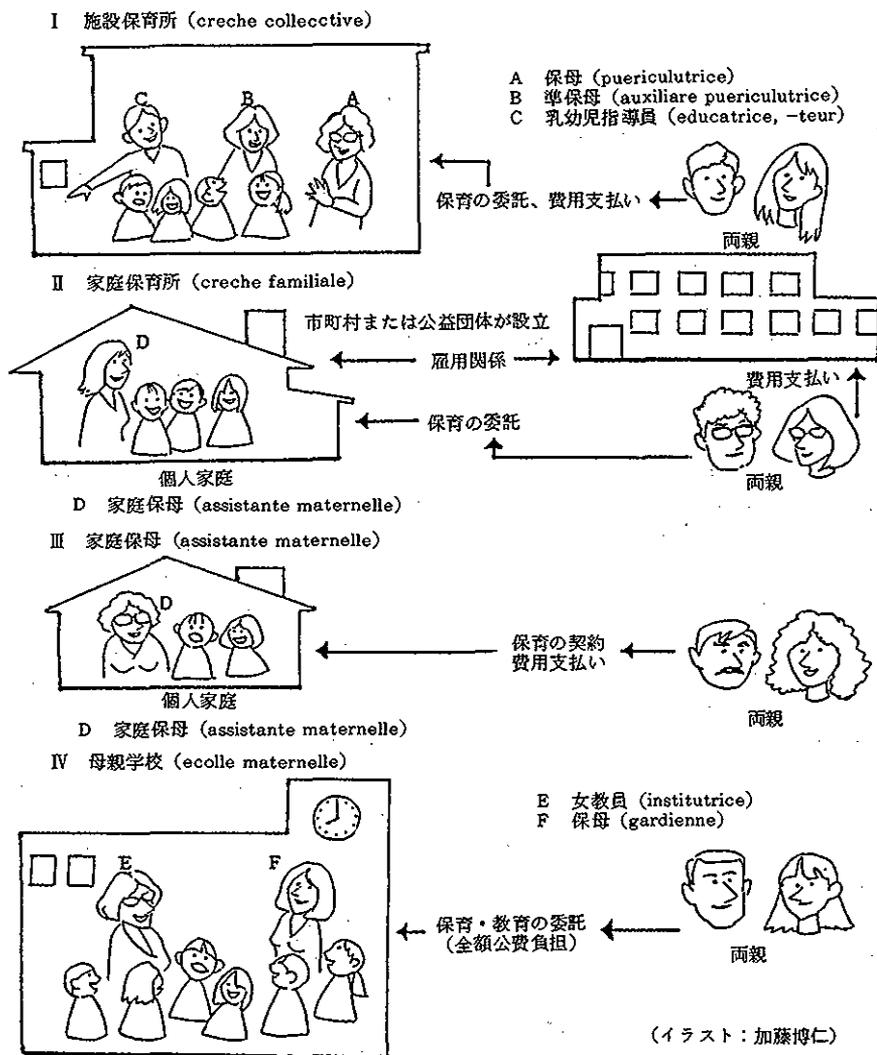
以上にみるとおり、専門資格のレベルをみると、保母は日本の場合よりも領域が広く、そして同レベルか乃至やや高い。一方準保母は日本の場合よりも領域は狭く、レベルは低い内容である。

Ⅱ 家庭保育所 (crèche familiale) の保育者

「保育所の機能に関する政令」では、家庭保育所は、「認可された保母 (gardiennes agréées) の住居における児童の保護 (garde) を組織する」保育所であると定義されている。即ち、家庭保育所とは、乳幼児を預かり保育する所ではなく、「認可された保母の住居における児童の保護」、つまり家庭保母による保育を組織する所である。したがって、集団保育を行う上記の施設保育所とも下記の、個人が家庭で行う家庭保母とも異なる。しかし、ひとつの組織形態で運営する点で上記のものと、また実際に行われる保育は家庭保母であるという点で下記のもの共通するものがある。これをよりよく理解するために図示すると図1のとおりである。

家庭保育所は、市町村もしくは公益団体が設立することができる。その役割は家庭保育所を設立した組織が、家庭保母を雇用し、保育ニーズをもつ家庭、両親からの乳幼児をふさわしい家庭保母に紹介し、保育を委託するということになる。家庭保育所の施設と設備については、「保育所の機能に関する政令」の第18条でつぎのように定められている。『家庭保育所の施設には、少くとも監督者

図1 フランスにおける保育者のかかわり方



(所長)室、予備設備のための場所が必要である。

また、他の公的サービスを実施する施設内に設置することも可能である。』また、家庭保育所と家庭保母との関係並びに家庭保育所の職員構成については同じ政令でつぎのように定められている。

『児童の保護監督 (surveillance) については、少なくとも週1回、保育所の監督責務を負う者、監督補佐による保育者住居への立入り監督を実施する (第20条)。

家庭保育所の保育者数については、以下のような構成で採用されるべきである。

- 保育者が40人以下の場合には、保育所の監督責務を負う

者が1人。

- 40人以上の場合には監督者と補佐が各1人。
- 補佐は、助産婦、保母、看護婦或いは幼児教育教員のいずれかの国家免許の取得者でなければならない (第21条)。

家庭保育所は保育を委託した家庭保母の保育状況を監査することができるが、最終的に保育の責務は家庭保育所にある。家庭保育所の所長は、施設保育所の所長と同一の資格要件が求められ、また第21条に示すように監督補佐も専門資格要件が求められる。

家庭保育所に登録され、雇用されている保育者につい

ては同じく政令第19条でつぎのように定められている。『保母 (gardienne) は、少なくとも18歳から60歳の者で保健法典L 169条で定められた許可状の所持者でなければならぬ。』

保育者は施設から報酬を支給され、採用した保育所の監督の職務を負う者の職権の下で配置される。』

政令では保母 (gardienne) と称されているが、gardienne は旧くから用いられている子守り、乳母的ニュアンスをもった名称であり、現在では、公称 assistante maternelle が用いられている。つまりフランスにおける家庭保育所の家庭保母及び個人家庭でいわゆる保育ママとして役割をもつ下記の家庭保母 (図1のⅢ) も、いずれも assistante maternelle と称されるようになっていく。

家庭保育所の家庭保母は既婚、未婚の条件については不明であるが、18歳以上60歳までの女性で、地方自治体の知事の許可状を受けていればよい。その許可条件としては、保母 (puericultrice) 等の専門的要件は重視されず、子どもの養育が適切に行なえるか、家庭が円満であるか、衛生環境、生活環境は適当かなどのチェック程度である。

委託後の定期的な監督やチェックは、生活条件、衛生、食事、栄養、身体的・精神的発達の状況を中心に行われている。この制度は、わが国では制度上も、試行的にも行われていない。施設保育所と比較して、その長所は、集団保育よりも、より母性的環境での家庭的、個人的保育が可能であること、施設保育所の非融通性という限界を超え、保育ニーズに柔軟に対応できること、などがあげられている。しかし、あくまでもその設立は市町村、公益団体に限られており、私的、民間レベルに拡大した場合には保育ニーズが市場原理に左右され、必ずしも本来の児童福祉の原則に則しない惧れも生じ、また家庭保母の保育者としての資質の問題も生じる可能性があり得ることは考慮すべきである。

Ⅲ その他の保育者

a 保育家庭

同じ家庭保母 (assistante maternelle) によって保育がなされる点で、上記の家庭保育所と共通のものがあがるが、しかし、この制度は他の欧米諸国にみられる保育ママとほぼ同一のものである。家庭保母の資格は不要であるが、知事の認可を必要とする。上記家庭保育所の家庭保母よりもさらに、その許可条件はゆるく、人間環境、居住環境についての一定の基準を満たせば、認可を受けられる。

保育家庭の保母については、家庭相互の預り保育と

もに保育ニーズ上母親の関心や希望も強く、社会事業国家連帯省では、保母の養成のみならず、家庭保母の育成にも強い関心を示し、1985年に冊子 (解説及び手引等32ページ) を発行している。

b 母親学校における保育者

おおむね3歳以上の幼児に対しては、その教育及び保育は、母親学校 (école maternelle) で行われている。フランスにおける幼児教育の普及度及びその内容は、世界的にも充実している国のひとつであると言われている。母親学校の名称が示すように、その方法は、賢明で献身的なひとりの母親の教育方式を可能な限り模倣することが重視されたのであるが、しかし、フランスにおける公教育制度の下でこれが普及する過程で、その本来の性格は薄れた。むしろ初等教育との関連性が強まる中で、母性的養育主義はその名称に、また、主たる保育者が女教諭であり、女性に限られているという点にその痕跡をとどめているのみであると言っても過言ではなからう。

その状況は、保育者のかかわり方を通じてよく理解され得る。即ち午前中に主に行われるいわゆる正規の授業は女教諭 (institutrice) が専門的保育者として担当する。その授業が終了しても帰校できない幼児の保育は、しかし、女教諭に課されたものではない。また、保育所の保母 (puericultrice) や準保母のように養成を要件とする高い専門性を備えた保育者によって行われるのではない。むしろ、従来の名称では gardinne と呼ばれ、今日公称としては assistante maternelle と呼ばれる保育者が身のまわりの世話をし、また教育の補佐役としてかかわっている。

このように、フランスにおける保育は、乳児及び1、2歳児に対しては看護・保健を基礎とする専門性の下ですすめられ、また3歳以上に対しては幼児教育と保育一保護監督、養育、教育一とに分かれ、保育者の関与やその専門性に連続性、一貫性が途絶えるという特徴がみられる。そしてこれに加えて、専門性や養成の課程を必要としない家庭保母による家庭保育がきわめて重視されていることが、第2の特徴であるといえる。上記施設保育所、家庭保育所、家庭保育のうち、後二者の家庭保母による保育の割合は、85%を超える高率である。この点が、0～3歳未満児の保育に関して、施設保育所における集団保育がきわめて高い割合で普及しているわが国との最も大きな相違点である。わが国の保母養成との比較上、わが国の保母に最も近い保育者は、施設保育所の保母及び準保母であるが、現実には、乳幼児の保育にかかわっているこれら一定の水準以上の専門性や養成の課程を必要とする保育者によって保育を受けている乳幼児はそれ

程多くはない。また、3歳前後から母親学校に通学している幼児の保育も、必ずしも専門性が重視されているわけではないことは、既述したとおりである。

③ 保母養成の課程

保育を担当する専門的保育者のうち、準保母及び乳幼児指導員の養成については、十分な調査を行うことができなかった。以下に記す内容は、保育所において0～3歳未満の乳幼児の保育にあたる保母 (puericultrice) についてふれる。なお、保母は、今日女性のみ限定されてはいない。保父 (puericulteur) という名称も用いられている。以下とくに保父と明記する必要がある部分以外は保母と称し、保父を含んだ意味で用いる。

養成の第一段階である看護専門学校での3年間の課程は、看護婦、保健婦等の資格を取得する課程がその主なものである。保母となるためには、看護婦等の資格を取得し、さらに1年乃至2年間保育専門学校または幼児教育専門学校における養成課程を終了しなければならない。この課程のカリキュラムは、以下の5領域で構成される。

<1> 乳幼児保育—①理論

②実習

<2> 心 理

<3> 社 会

<4> 行政組織管理

<5> 医学・衛生

実習の期間は、おおむね全期間の3分の1近くに達する。

国家資格保母の免許状は各学校の試験委員会が行うこれらの課程のすべての筆記、口頭試験、論文、課題解決、実習評価等さまざまな専門的知識、能力の評価を経て交付されることになる。

以下、1985年11月8日に社会事業国家連帯省から交付された「保母・保父の国家免許状に関する1985年10月17日の法令」に基づいて、その内容にふれてみたい。

a. 試験委員会

この法令の第3条により、試験委員会はつぎのように構成されている。

- 学校の属する地域圏の保健を監督する医師かまたはその代理人
- 現地で学生の組織を統率する専門的保母
- 小児科医
- 地域圏の教育の顧問かまたは看護関係の学校で教えている教育にあかるい人物

b. 専門的知識・能力の評価の方法

保母に必要な専門的知識・能力の評価は、第1条において、つぎの10項目が定められている。

『第1条 教育プログラムを定める1983年7月13日の法令による教育目標に従って、保母（保父）となる学生の就学期間中に専門的知識・実習・能力の評価を行う。この評価の監督は恒久的に各学校に設置された委員会に委ねられる。その構成と役割は本法令による。

つぎの能力が下記の方式に従って評価される。

1. 伝達する能力
2. 問題を解決する能力
3. 集団で働く能力
4. リーダーになる能力
5. 教育的能力
6. 自らを専門的に位置づけ、業務の管理と組織に参加する能力
7. 子供や子供の集団に対する看護の問題を解決する能力。学生は何が必要なのかを同定し、手段を選択し、その手段を機能させ、必要であったものが充足されたか否かを評定し、さらに反省してその過程を批評する能力を示さなくてはならない。
8. 専門分野において自己形成する能力
9. 業務に就く能力
10. 専門的姿勢を貫徹する能力

保母の専門性は、上記10項目にみるとおり、単に乳幼児の発達や、看護、養育の知識の吸収とその実践にのみあつてはならないことがよく示されている。組織や集団の中で如何に専門的な判断や決断そして実行する能力が求められているかがあらためて理解できる。このことは、乳幼児の看護や集団保育の場でのみならず、将来の管理者としての素養が求められていることも意味していよう。

c. 実 習

具体的には、つぎの4つのタイプについて実習が評価される。

- 第1のタイプ……情報の水準（情報や知識吸収の確実さ）
- 第2のタイプ……表現の水準（概念の正確さ）
- 第3のタイプ……手段の利用の水準（技術、手法の確実さ）
- 第4のタイプ……方法論の水準（情報、概念、技術の総合化）

d. 国家免許状の交付

養成課程を通じ、上記の試験の結果、すべての専門的知識、能力が認められると、審査員の推薦により地域圏保健・社会事業局長から国家免許状が交付される。上記の試験及び国家免許状の交付は、1985年の新学年から適用されている。

(3) スウェーデン王国

① 保育者の職種、名称、配置及び待遇

i 保育所職員の職種

スウェーデンにおける一般的な保育所の職員構成は、次のようになっている。

- 園長
- 就学前教員
- 保母
- 調理担当者
- 清掃担当者
- 保育実習生

スウェーデンの保育所と、わが国のそれとは、その諸条件を異にしているため、上記の職種、および職務内容については、若干の説明が必要である。

「就学前教員」と「保母」については、わが国の幼稚園教諭と保育所保母との違いとして理解してはならない。なぜならば、両者とも同じ保育所において、同じ内容の仕事に従事しているからである。両者の違いは、保育者となるための養成教育のレベルの違いである。すなわち、「就学前教員」は大学において2年半以上の教育を受けており、「保母」は高等学校の教育課程内において2年間の幼児保育に関する教育を受けている。

両者の待遇面での格差はほとんどないようだが、それぞれが独自の組合を作っている。

なお、「保母」は4年間の現場勤務を経た後に、大学において当該コースで学習すれば、1年間でその課程を終了することができ、「就学前教員」となることができる。

「調理担当者」と「清掃担当者」は、幼児保育の基本理念や、建築および室内の雰囲気が極めて家庭的なスウェーデンの保育所にあっては、教育的観点からする存在意義は十分にあるものと思われる。ちなみに、スウェーデンにおける保育所の保育内容は、わが国において見られるような保育内容の他に、「調理」「食器洗い」「掃除」「庭仕事」「修理」「お使い」といった日常の家庭生活そのものを、テーマとしてはっきりと位置づけている。

「保育実習生」がスタッフの中にあげられていることは、一見不可解な感もするが、また興味深くもある。それはつまり、スウェーデンにおける保育者養成教育に占める「実習」の比率が極めて高く、保育現場には、常時かつ長期的に実習生が勤務しているためと思われる。なお、フィールド・ワークとしての実習は36週間、すなわち9か月にわたっている。これは、わが国の養成校の状況とは格段の違いであり、注目すべき内容である。子どもたちが実習生と接触するのは日常的なことであるから、保育所の構成メンバーの中に実習生が登場するのも、あながち不思議なことではない。

ii 保育者の名称

さきに見たように、わが国の保育所の「保母」に該当する、直接に幼児の保育を担当する職員は、表3のとおり「就学前教員」と「保母」である。

表3 保育者の名称

スウェーデン語	英語訳	日本語訳
förskollärare	pre-school teacher	就学前教員
barnskötare	children's nurse	保母

なお、子どもの世話をする者という意味での保母には、上の表に示したbarnskötareと、さらにbarnsköterskaとの2種類がある。前者は保育所などの保育施設に勤務する保母であり、後者は病院の小児科等に勤務する保母を言う。病院で子どもの世話をする保母は、小児科担当の看護婦とはまた別である。

iii 保育者の配置

スウェーデンの保育所の規模は、集合住宅の中などに設置された10人程度のもから、150人をも収容する大規模のものまで種々である。しかし、ごく一般的な保育所の規模は40~50人程度である。そして、この40~50人の幼児がいくつかのグループに分けられ、それぞれのグループに保育者が配置される。

1グループ当りの児童数について、社会福祉庁は表4のように指示している。

表4 1グループ当りの許容児童数

年齢	許容児童数
3歳未満	12人
3~7歳	15人

Current Sweden 323, 1984

このようにグループ分けされた幼児に対する保育者の配置すべき人数について、社会福祉庁は表5のように指示している。

次に、保育所内における「就学前教員」と「保母」の割合はどのようになっているだろうか。Stockholmにお

表5 幼児に対する保育者の配置数

年齢	保育者の配置数
3歳未満	幼児5名について保育者2名
3~7歳	幼児5名について保育者1名

Current Sweden 323, 1984

いては、おおむね1対2の割合であり、他の諸都市では、おおむね1対1の割合である。Stockholmの場合は、保育者中に占める就学前教員の割合が低いから、今後の伸びが期待されているようである。なお、1980年12月31日現在、児童の保育にかかわっている者は、スウェーデン全体で55,717人であるが、そのうち就学前教員が43%、保育者が40%、その他の職員が17%となっている。

さらに男性保育者については、スウェーデンの就学前保育関係に携わっている全保育者中、約5%となっている。なお、保育者養成のための教育機関に在籍する男子学生は、全学生中約10%である。

IV 保育者の待遇

スウェーデンにおける保育者の収入はどの程度であろうか。初等学校の教員の収入と比較すると、表6のようになる。

表6 就学前教員および初等学校教員の月収
1983年6月1日現在調べ

	就学前教員	初等学校教員
初任給	6,083kr. ~ 6,510kr.	6,699 kr.
最高給	6,970kr. ~ 7,920kr.	9,057 kr.

※ 単位はスウェーデンクローナ
"Training and Statutes of Preschool Teachers in Sweden" 1983

② 家庭保育室

スウェーデンにおける幼児保育においては、家庭保育室が大きな部分を占めている。

この家庭保育室は、一般の家庭において、自分の子どもを含めて4人までの子どもを預かるシステムである。

1985年のデータによれば、保育所に入所している児童が176,900人であるのに対し、家庭保育室のそれは143,100人である。ただし、家庭保育室が預かる児童は、就学前の幼児のみではなく、12歳までの小学生をも対象としている。

幼児数についてのみ保育所と家庭保育室とを比較すれば、いくつかのデータを検討してみると、その比率はおよそ10対6である。スウェーデンにおいては、家庭保育室が大きな役割を果たしていると言える。

現在、家庭保育室で働く保育者のために、3週間の研修制度があり、約30%の保育者が既にこの研修を終えている。

③ 今日の保育者養成教育

1970年代以降、スウェーデンの保育者養成教育は、保育者養成校に加えて、教員養成大学の中の1コースとし

て新しく設置されるようになった。具体的には、1971年スウェーデンの南部の都市、KalmarとKristianstadにある二つの教員養成大学で実施に移された。したがって1972~73学年度は、既設の14の独立した養成校の他に、この二つのコースが追加され、合計16の学校で保育者養成教育が行なわれることとなった。以後、保育者養成校は独自に設置されるのではなく、教員養成大学の1コースとして、学科増設の形をとることになった。

さらに、もう一つの新しい点は、保育者養成校への男子学生の入学が図られたことである。以後、保育学生の約10%を、男子学生が占めている。

1977年7月、スウェーデン政府は、新たな「大学法」を公布し、戦後30年間にわたって行なわれた一連の教育改革の最後の段階、すなわち高等教育の総合化を行なった。この改革の主眼は、かつての伝統的な大学教育の範囲外に置かれていた各種専門職業人養成教育を、すべて大学教育の範疇に包含させていくということである。保育者養成教育などは、そのよい例である。そして、これらの教育課程の主管は、すべて大学庁に移されることとなった。このことによって、保育者養成教育は名実共に、高等教育としての大学教育の中に位置づけられた。

④ 保育者養成教育の内容（カリキュラムの構成および内容）

I 保育者養成教育の基本的な考え方

新しい「大学法」の公布に伴う高等教育の一連の改革に沿って、1977年、スウェーデン国会は保育者養成教育の内容等の変更についての案件を採択した。

それまでに行なわれていた保育者養成教育を変更する上での、基本的な考え方は以下の通りである。

- 保育者養成教育の中で、伝統的に大きなウェイトを占めていた純粋発達心理学に加えて、社会心理学的な面の学習を補強すべきこと。
- スウェーデンの社会福祉政策における幼児保育の果たす役割を認識するという点から、社会的、政策的な面の学習をすること。このことは、幼児保育の分野において、自らの貢献し得る意味を理解することにつながる。
- 学生自身の人間的な成長を図るようにすること。そのためには、在学中に、自らについての認識を深めるための余裕を与えるようにする。さらに、人間としてより成長するための、種々の機会を提供すること。コミュニケーションの訓練や、他の者と共同で学習するということは、学習内容の重要な部分を占めることになる。
- 子どもと、子どもの成長について、広い角度からの

見方ができるように、学生自らが問題を設定し、あるいは問題を見出ししていくような学習の方法を取り入れること。

ii 就学前教員養成課程への入学要件

スウェーデンにおける就学前教員の養成は、大学における、初等・中等教員養成と同様の1コースとして行なわれている。このコースへの入学要件を整理してみると、次のようになる。

- a 年齢……19歳以上
- b 高等学校（スウェーデンの総合制高等学校）の課程を2年以上修了していること。
- c 25歳以上で、有給の職業に4年以上従事していること。
- d 高等学校において保母のコースを履習し、保母として4年以上現場に勤務していること。（この場合、就学前教員養成課程は1年間で終了することが可能である。）

iii 単位取得について

スウェーデンにおける保育者養成教育は、伝統的に4学期制、すなわち2学年制であった。つまり、ある科目を1学期間履習することによって一定の単位が取得でき、順調にゆけば2年間で修了するという、言うならばわが国のそれと同様なやり方であった。

しかし、このような画一的なやり方では、さまざまな経歴を持つ多くの学生に対し、柔軟な対応ができないため、教育内容の変更などとともに、純粋な単位制に切り替えられることになった。詳細は次に示す通りである。

なお、1単位とは、1週間フルに学習した場合の学習量を表わしている。

- 100単位を取得すべき者
 - ……かつて保育学生であったり、あるいは幼児保育のトレーニングを受けたことが全くない者。
- 80単位を取得すべき者
 - ……保育学生として一定の予備的な教育を受けた者、あるいは幼児保育のトレーニングを受けたことのある者。
- 50単位を取得すべき者
 - ……幼児保育のトレーニングを受け、かつ就学前保育施設で4年間の実務経験のある者。

この他に、2か国語を母国語として自由に使える者に対しての単位の軽減措置、および他の国で保育者としての資格を取得している者に対しての単位の軽減措置もある。後者の場合には、40単位を取得すればよいことになっている。

上記の単位制において1学期間普通に学習した場合は、

20単位分に相当する。したがって100単位を取得するためには、5学期、すなわち2年半の期間を必要とする。しかし、3年間をかけて取得するのが一般的のようである。

iv 教育内容

スウェーデンにおける、かつての保育者養成教育のカリキュラムは、わが国のそれとほぼ同様であり、種々の教科目が並列的に配置されていた。しかし、一連の改革の中で、これらの教科目の配列についても工夫が凝らされ、ユニークな形で体系化された。内容は次に示す通りだが、教育内容を検討課題としているわが国の保育者養成教育にとって、極めて注目すべきものと思われる。

○ コミュニケーション

- 言語、文学、発声、スピーチトレーニング
- 絵画、制作、工芸
- 音楽（器楽を含む）
- 教育劇
- リトミック

○ 環境に関するオリエンテーション（現場学習を含む社会問題の学習）

- 社会的な面のオリエンテーション
- 自然科学的な面のオリエンテーション（児童の医療的な問題を含む）

○ 教育学、および教育方法

- 心理学
- 児童精神医学
- 教育学
- 教育方法

○ 実習

- 実習生としての社会学習
- 指導の下の初歩的実習
- 指導の下の実習

IV わが国の課題と今後に向けての提言

今回の国際比較研究を通じて、あらためてわが国の現状を把握し、その課題と今後への提言をまとめると、次のとおりである。

1. 保母養成のあり方

(1) 保育者の基本的資質

諸外国の保育の態様並びに欧米主要国の保育者の養成について検討を加えた中で、まず十分に再確認すべきことがある。それは保育者の職務の基盤にある共通性、言わば保育の基本的資質である。それは何よりも人間とし

ての共感と、育ちゆく子どもを愛し慈しむ態度と行為であることは言うまでもない。保育者としての自覚と専門性を身につけることが必要な原点はここにあり、保育者の資質や適格性と最もかかわる点である。しかもそれは、保母養成の具体的カリキュラムのみを通しては達成し得ないものであり、養成にかかわる職員や学校の言わば保育方針あるいは質にもかかわるものである。

今日進行する核家族化社会の中で、保育者を志す者自身、子どもとのふれあいや、子どもの成長、発達にとって欠くことのできない日常生活における育児、家事、用務の経験を豊かに身につけてきた人々はきわめて少ない。男女を問わず、子どもを見つめ、子どもを受け容れる資質、そして子どもを育てる力は、このような育児、家事、用務という日常生活の基本部分の積み重ねを必要とする。

とは言え、限られた養成期間でこれに多くの比重をおくことはできない。しかしながら、今日の知育優先の傾向の延長線上で保母養成校における教育がなされることは極力避けるべきではなからうか。

その具体的な養成プログラムは、まず第一に、基本的養育の重要性について必須課程の中で是非とも取り入れるべきである。保育にかかわる関連諸科学に加え、人間性の教育、親たること (Parenthood) の教育、生活すること・生きることの教育などをこの課程の中でふれることを求める。そして第2に、広く実習の場で、その視点からの教育を意図的に行うべきである。これら養育の基盤とも言える乳幼児の世話と、養育に欠くことのできない家事や用務は、学問的、理論的背景よりも保育実務そのものの中に比較的重要な意義を見出し得る内容のものである。

以上の点は、従来の知育を中心とした、また高学歴水準(4年制大学)を前提とした保母養成のあり方を提案する多くの考え方にはやや否定的な見解を呈することとなった感がある。言うまでもなく、保母の職につく者の中に高学歴の人々が含まれることを何ら否定するものではない。とくに、主任保母、施設長たる職においては、現任教育とともに高学歴水準の管理能力、判断力、組織力とが要件とならう。しかし、より強調したいことは、保育の本質を十分に体得し、それを適切に、的確に実行できる資質を重視した養成ということである。

(2) 保母の専門性

今回の研究では、諸外国において保育所の保育者、施設の保育者、幼児教育者の養成はどの程度共通性をもってなされているのだろうか、という点が関心事のひとつであった。その結果、保育所保母と居住施設等の保母とが同一の養成体系に基づいて資格と養成が考慮されてい

る国はきわめて少ないことが、あらためて確認された。両者を比較すると、諸外国ではわが国の施設の保母に類する職種の養育担当者の専門的資質や養成は、保育所保母と同じかもしくはそれよりも低い水準のものが多かった。一方、国際的には幼保一元化や総合的・統合的な保育のあり方が提言されたり、試行されている中で、それにかかわる保育者の養成体系が、保育や幼児教育を包含した共通のものとして把えられ、実行に移されている国は、厳密にみていくと1か国のみみられなかった。

専門的資格からみると、幼児教育者は保母よりも学歴の水準がやや高く、専門家としての処遇も保母より高い国が多い。幼児教育者で資格を必要としない国は皆無であったが、保母ではまだ数か国みられた。また保母助手的役割の保育者そして家庭保母は無資格の国が多くみられた。わが国は、この点からみると保母の学歴や専門性の水準を高くおいている数少ない国のひとつに該当するといえる。

このようにみえてくると、わが国の保母が一方で施設保母の要件を、また一方で幼稚園教諭の要件を求められる今日の養成の方法、内容は、その専門性の多様さの面からあらためて検討を加えるべきものがあると考えられた。

保育の意味するものは、保育の態様からみて、保護、養護、養育、教育を含み、その役割からみて、①母性的役割—養育、②治療的役割—care workingにかかわる受容性及び③教育的役割を擁している。

わが国の保母という名称は、多くの権威ある英訳書では、nursery teacherとされている。しかし、その用語に対する疑問は本研究を通じて益々つのものがある。わが国の保母は、児童福祉施設における乳幼児、学童、思春期以降の児童の養育 (care, nurture) を担っている。この性格から総称するならば care nurse あるいは welfare nurse と称してもよい内容を含んでいる。本研究の主要テーマである保育所の保母の役割をみても、何よりもまず日中母親に代わって保育を担う day mother としての役割をもち、また乳児にとっての wet nurse, dry nurse としての役割、年中、年長幼児の教育にかかわる nursery teacher としての役割を担っている。こうして今回の研究でとくに重視してふれてきた基本的な母性的養育とそれに伴う日常の用務にかかわる care taker としての役割を基本として、実に多様な役割を負っている。

諸外国においては、むしろこれらの役割をわが国よりも比較的分化して、職種別にその養成・資格を考えている場合が多い。そして諸外国の例では、必要な専門性を有した保育者のさまざまな連携、かかわり方がみられた。

したがって、今後わが国において保母の養成と資格に

ついて種々検討を加える場合に、保母の役割の分担、あるいは上述のような職務の職種による分化、多様化を考慮する必要性などについて、参考とすべき内容が多く含まれている。したがって、保母養成のあり方として、必須課程に加え選択課程の段階で、施設保育、乳児保育・看護、幼児保育・教育の三コースのいずれかに重点をおいた養成を検討することが必要であると考え。

(3) 実習の意義

保母の養成とその資格についてみると、保母養成制度が古くから採り入れられている国程、養成の期間、カリキュラム、実習等について相当に考慮されている面が多い。わが国も、いわゆる保母養成校における最低2年間の養成課程は、保育者としての必要な知識を習得する点では相当に配慮されている面がみられる。しかし、やや細分化された科目数、単位数という点で、またその間における人間性教育の場として、また保育者としての資質と適格性を自ら問い直す機会としては不十分であるという点では、先進的な諸外国の実態を参考とすべき内容が多くみられた。さらに乳幼児、児童にとって基本的養育環境とも言える保育者の重要性を考えると、養成における実習の意義を問いなおす必要性がみられた。わが国と比較して、全課程に占める理論と実習の割合は、英国では3:2、スウェーデン、フランスでは2:1と非常に高く、他の国々でも実習が3分の1前後を占める例が少なくない。しかもそれが特定の期間に一律に行われるのではなく、柔軟に行われている。わが国においても、実習期間として最高1年間程度にまで充実させることが望ましい。しかも実習・実務経験については、保母養成校での在学ということに限定されることなく、例えばスウェーデンなど諸外国にみるとおり、施設におけるボランティアとしての経験を重視したり、また広く高校時代、大学時代あるいは社会人、主婦の場合でも、保育を学ぶ体験を希望する人々のための保育実習、卒業教育、社会人教育、両親教育等々の機会が、保育所や施設によって提供されることが望ましい。

2. 保母試験制度のあり方

国際的にみても、保母試験制度を有している国はきわめて数少ない。しかもその中において、わが国のような制度を採用している国は、今回の研究を通じて知り得た限りでは、他にみられない。そのユニークさは、わが国の保母試験は、保母養成の体系とはほぼ無関係に、独立して行われているところにあり、従来保母としての有資格者を確保することに重点がおかれてきた。一方、他の国々で行われている制度は、専門学校等での養成課程終了にあたり、あるいは終了後にその成果や適性・能力を

確認するために行われている。しかも、国家レベルで行われ、あるいは国家資格として位置づけられている国もある。

わが国の保母試験制度が、保母を志望する人々に広く門戸を開放している点で、その存在意義は大きい。しかし、本来の保母養成制度とのかかわりが薄く、とくに必要な知識の習得の程度が選考の対象となり、実習経験を伴わない点で、その専門性には不十分なものがある。また、今日のように保母養成校の普及と保育者の需給の不均衡が次第に顕著になるにつれ、その存在意義があらためて問われだしていることも無視できない。

今後、この制度を継続させていく上で、つぎのような改善が必要であろう。

第1に、保母試験に合格した者は、一定期間の実習・実務経験を経て資格が取得されるようにしたい。望むらくは、保母試験を受ける以前に、先にあげた実習・実務をふむことのできる機会を積極的に考慮してはどうかと考える。また、必須課程の聴講、いずれかの領域の選択課程の聴講などの機会を配慮することも検討してよいのではないだろうか。これらを通じて、保母試験は単に資格取得を目的とするのではなく、保母としての適格性を他者も自分自身も評価、認識することが可能となる。

第2に、今後さらに増加すると考えられる勤労婦人とその子どもたちの保育ニーズを考える時、乳幼児、学童が自らの家庭や地域により近いところで保育を受けることのできる家庭的保育を強化し、家庭保母の制度を確立させることが期待される。この点でⅢの6でふれたフランスの家庭保育所の制度と運営方法は示唆に富んでいる。その場合の最も適切な家庭保母として、保母試験制度に合格した婦人が登録され保育にたずさわることが望ましい。

3. 保母養成の体系

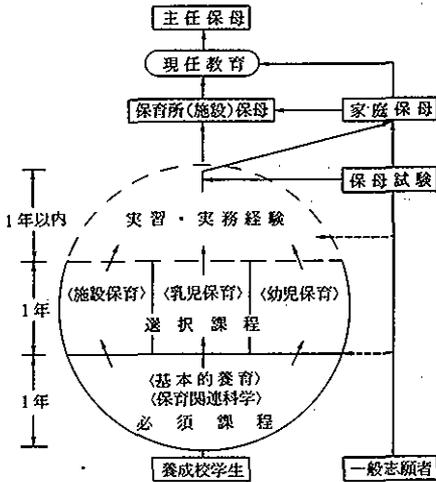
以上指摘した内容を考慮しつつ、保母養成校における養成のあり方の相案を示したものが図2である。

基本的枠組みは、1年間の必須課程、1年間の選択課程(3つの領域別)そして1年以内の実習・実務経験である。これは、各年次毎にあるいは実習・実務経験を柔軟に配分してすすめられる。したがって養成期間はおおむね3年程度となる。

このうち、実習・実務経験は、保母養成校と保育所・施設との連携により、専ら保育所・施設側の保育方針により、職員の助手としてさまざまな体験を積み重ねるとともに、自己研鑽と自己覚知の機会とすることもできる。

さらに、現任教育の重要性がある。今日数多くの現任訓練、研修が行われているが、わが国でもこれを養成と

図2 保母養成の体系案



資格の体系の中で、より明確に位置づけることを考えるならば、関係諸団体のほか、保育情報センターのような役割をもった機関において、公的に認定された課程、コースを通して行われることが考えられよう。

本研究は、厚生科学研究により実施したものを一部省略し、再構成したものである。

引用文献

1. 英国

- ① Pringle, M.K. & Naidoo, S. "Early Child Care in Britain" ECDC, 3-4, 1974
- ② 水野国利編「世界の幼児教育7. イギリス」日本ライブラリ, 1983
- ③ 駐英日本大使館 調査回答資料 1985~86
- ④ ブルーナー, J.S. (佐藤三郎訳)「イギリスの家庭外保育」誠信書房, 1985
- ⑤ NNEB "National Nursery Examination Board 40 Years 1945-1985" NNEB, 1985
- ⑥ 法律 11 & 12 GEO. 6. CH.53 "Nurseries and Child-Minders Regulation Act"
- ⑦ Ministry of Health to County and County Borough Councils "Day Care of Children" 1965. 4. 10
- ⑧ City and Guilds of London Institute "Nursery Nursing" (in "British Qualifications" 13th ed. 1982
- ⑨ 黒田瑛「英国の保母養成—ブライヤリー報告とその背景」全国保母養成協議会研究発表大会資料

- ⑩ NNEB "Regulations on the Content of Courses leading to the Award of the NNEB Certificate" revised 1982. 4.

2. フランス

- ⑪ 手塚武彦編「世界の幼児教育9. フランス」日本ライブラリ, 1983
- ⑫ 駐仏 OECD 日本政府本部 調査回答資料 1985~86
- ⑬ 法令 Arrêté du Ministre de la Santé "Réglementation du Fonctionnement des Crèches" 1975
- ⑭ 法令 Arrêté du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale "Arrêté du 17 Octobre 1985 relatif au Diplôme d'Etat de Puériculture"
- ⑮ 野沢正子「フランスの児童福祉の現状—保育を中心として—」社会問題研究, 33-2, 1984

3. スウェーデン

- ⑯ Socialstyrelsen "Bidrag till Driften av Förskolor och Fritidshem" 1985
- ⑰ Sveriges officiella statistik, Statistiska centralbyrån "Statistiska Meddelanden" 1984
- ⑱ The Swedish Institute "Child Care Programs in Sweden" Fact Sheets on Sweden 1984
- ⑲ Askling, B. "Training of Pre-school Teachers in Sweden" Current Sweden, 214, 1979
- ⑳ Socialstyrelsen "Training and Status of Pre-school Teachers in Sweden" 1983
- ㉑ The Swedish Institute 「スウェーデンの保育プログラム」 Fact Sheets on Sweden, 1985
- ㉒ Grönvall, K. "The Physical and Psychological Environment of Children in Sweden" Current Sweden, 323, 1984
- ㉓ Royal Board of Education in Sweden "A Survey of the School System in Sweden" 1958
- ㉔ OECD "Educational Policy and Planning in Sweden A Report from Sweden to the OECD" 1966
- ㉕ Rosengren, B. "Pre-school in Sweden" The Swedish Institute, 1973
- ㉖ The Swedish Institute "Sweden in a Nutshell" 1972
- ㉗ The National Swedish Board of Education "The Training of Nursery School Teacher in Sweden" 1971・1972

International Comparative Study on the Training
and Qualification of the Child Care Personnel

Takehiro AMINO, Yasuhiro KAWANISHI,
Kiyoshi ARAI

To make the proposal on how to improve the method of training the child care personnel and how to enrich more the details of child care guidelines in day nurseries and children's homes, an international comparative study on the training and qualification of the child care personnels had performed for two years.

Continuing with the first report on 22 countries, we examined in detail the historical and current situation of a few developed countries in certification and qualification of child care personnels; United Kingdom, Federal Republic of Germany and Sweden.

As a result, we proposed some points on which we think of much importance.

1. The essential qualification of child care personnel
2. The professionalism of child care personnel
3. The importance of practical exercise in training course
4. The method of child care personnel examination
5. Comprehensive training system for child care personnel