

平成28年度 島根大学COC事業地域志向教育研究経費

地域における 女性問題の解決にむけて

シンポジウム報告書

期日 平成26年11月5日（土） 9：30～12：00

場所 島根大学川津キャンパス教養講義棟402号室

主催 島根大学「地域の女性支援プロジェクト」
共催 島根大学男女共同参画推進室

文部科学省
地(知)の拠点

しまだいCOC

目次

プログラム	1
開会あいさつ	2
地域の女性支援プロジェクト代表・保健管理センター 河野美江	
シンポジウム	
・人びとの性別役割意識の現状	5
法文学部社会文化学科 片岡佳美	
・出生率と予算配分のデータから読み取れること	9
総合理工学研究科 黒岩大史	
・周産期現場における現状と支援	11
医学部産婦人科 皆本敏子	
・介護離職への対応 介護する家族に対する社会的支援 —ドイツの現地調査を参考に—	16
法文学部法経学科 宮本恭子	
・性暴力被害者への支援 —アイスランドのレイプトラウマセンターを視察して—	24
保健管理センター 河野美江	
・地方議会の女性議員を増やすための取り組み —韓国との比較から考える—	31
島根県議会議員 白石恵子	
アンケート結果	35

「地域における女性問題の解決にむけて」シンポジウム プログラム

平成 26 年 11 月 5 日 (土) 島根大学川津キャンパス教養講義棟 402 号室

1. 開会あいさつ 9 : 30~9 : 35
地域の女性支援プロジェクト代表・保健管理センター 河野美江

2. シンポジウム報告 9 : 40~11 : 40
座 長 : 疾病予知予防プロジェクトセンター 武田美輪子
 - ・ 人びとの性別役割意識の現状
法文学部社会文化学科 片岡佳美

 - ・ 出生率と予算配分のデータから読み取れること
総合理工学研究科 黒岩大史

 - ・ 周産期現場における現状と支援
医学部産婦人科 皆本敏子

 - ・ 介護離職への対応 介護する家族に対する社会的支援
—ドイツの現地調査を参考に—
法文学部法経学科 宮本恭子

 - ・ 性暴力被害者への支援
—アイスランドのレイプトラウマセンターを視察して—
保健管理センター 河野美江

 - ・ 地方議会の女性議員を増やすための取り組み
—韓国との比較から考える—
島根県議会議員 白石恵子

3. ディスカッション 11 : 40~12 : 00

開会あいさつ

地域の女性支援プロジェクト代表・保健管理センター 河野美江

本日はお忙しいところ、平成 28 年度島根大学COCシンポジウム講演会にお出かけいただき、ありがとうございました。私たちは島根大学において研究や活動をしておりますが、昨年度よりCOC事業地域志向教育研究経費の支援をいただき、地域の女性支援プロジェクトを立ち上げました。

わが国において、「すべての女性が輝く政策パッケージ」という政策的方針が打ち出されてはいるものの、現実には今日でも貧困、暴力、差別といった問題で生きづらさを感じている女性が少なくありません。これらの女性が自分らしい生き方を追求し、生きることに喜びを見いだせるよう、彼女らのエンパワーメントを実現する支援が急務です。そうした支援にとっては共感が不可欠であることから、顔の見える関係からなる地域社会のポテンシャルが注目されています。

本研究プロジェクトでは、学内外の研究者が地域における女性のエンパワーメントに向けた取り組みについて発表し、研究の成果を地域に啓発・還元することを目指しています。このシンポジウムがきっかけとなり、大学と地域が繋がることを期待しています。

本日ご参加いただきました地域、行政の方々におかれましては、ぜひ島根大学で行っていることを知り大いに活用していただきたいと希望しております。どうぞよろしく願い申し上げます。

「地域における女性問題の解決にむけて」シンポジウム



1. 人びとの性別役割意識の現状
法文学部 片岡佳美

2. 出生率と予算配分のデータから読み取れること
総合理工学研究科 黒岩大史



3. 周産期現場における現状と支援
医学部産婦人科 皆本敏子

4. 介護離職への対応
～介護する家族に対する社会的支援
法文学部 宮本恭子



5. 性暴力被害者への支援
保健管理センター 河野美江

6. 地方議会の女性議員を増やすための取り組み
島根県議会議員 白石恵子



ディスカッションの様子

人びとの性別役割意識の現状

島根大学法文学部

片岡佳美・吹野卓

【はじめに】

タイトルの通り、本稿は性別役割規範についての人びとの意識をテーマにするのであるが、ここではとくに、われわれの社会において性別役割規範というものが、人びとの意識に——厳密に言えば男性たちの意識に、そして女性たちの意識に——どのように作用しているのかということについて関心をもつ。それを明らかにすることを通して、この社会の性別役割規範のありよう(構造的特徴)を考えてみるのがねらいである。

【データの概要】

ここで主に取り上げる調査データは、2015年に、筆者らと University of Florida の Dr. Tanya Koropecy-Cox, Hacettepe University の Dr. Zeynep Copur との共同調査として、アメリカ・トルコ・日本の大学生を対象に行なった質問紙調査からのものである。国際比較をすることを目的に、同じ質問項目をそれぞれの言語に翻訳した質問紙を配布し回答を得た。アメリカでの調査については University of Florida の学部学生 564 人(うち男性 169 人、女性 393 人、性別不明 2 人)、トルコでの調査につ

いては Hacettepe University の学部学生 510 人(うち男性 178 人、女性 331 人、性別不明 1 人)、日本での調査については島根大学の学部学生 537 人(うち男性 306 人、女性 221 人、性別不明 10 人)の回答が得られた。

ランダムサンプリングの手続きを経た調査ではないため、各国のデータがそれぞれの国・社会をどれだけ代表しているかについて疑問をもつ人もおられよう。大学の校風、偏差値、地方か都市かといった差異も今回の調査では考慮していない。そういった差異が有意である可能性は必ずしも否定できないが、たとえば島根大学の学生たちがアメリカやトルコではなく日本社会の規範・文化の影響下にあることは間違いない。かれらはその意味で日本の性別役割規範のありようを、全貌とは言えないまでも部分的に(偏りがあっても)映し出すものとして捉えることができると思う。国際比較を通して、その「部分的に示される特徴」に注目したい。

【分析】

(1)性別役割意識

今回用いた質問紙には、以下のような

性別役割意識や家族観を問う質問項目が含まれている。

- ①「男性には男性の役割が、女性には女性の役割がある」
- ②「子どもなしより、子どもありのほうがよい」
- ③「未婚でいるより、結婚しているほうがよい」
- ④「家庭で物事を決めるとき、夫と妻のうち最もお金を稼いでいる者が、最も大きな発言権を持つべきだ」
- ⑤「妻は、仕事と家庭生活のバランスがとれるような仕事をすべきだ」
- ⑥「夫は、仕事と家庭生活のバランスがとれるような仕事をすべきだ」
- ⑦「女性にとって、経済的に自立していることは大切だ」
- ⑧「男性にとって、経済的に自立していることは大切だ」
- ⑨「夫も妻も、家事をする時間は平等であるべきだ」
- ⑩「夫も妻も、家計に貢献すべきだ」

これらの項目についての回答は、「とても賛成」「賛成」「どちらとも言えない」「反対」「とても反対」の5件法で得ている。分析にあたっては、それぞれの回答に、肯定的な回答ほど高得点となるように、1～5点を配点した。

図1は、それぞれの項目の回答について国ごとに平均点を出した結果を図示したものである。項目ラベルは上記質問項目を短縮した形で表しており、一番上から時計回りに①～⑩が並んでいる。

図1からは、主として以下のことが伺える。

- (1)日本とトルコは、アメリカに比べて、「男性には男性の役割が、女性には女性の役割がある」という意識が強い。

(2)日本は、家計貢献や家事の平等意識が低い。

(3)日本は、男性・女性の経済的自立、および男性・女性の仕事と家庭のバランスについても、他の2カ国と比べて平均点が低くなっている。

---トルコ ■日本 ←米国

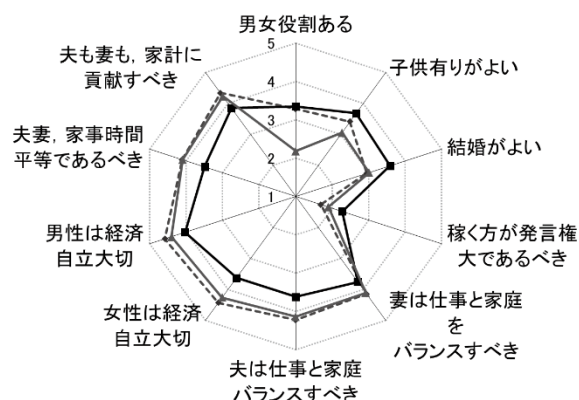


図1 性別役割規範への反応: 国別平均

次に、①～⑩の項目について国ごとに男女別平均を出してみた。結果を図2に示す。項目の並び方は、3カ国とも同様である。

3つのグラフを比較して分かるのは、日本は他の2カ国に比べて男女のズレが小さいということである。

実際、男女間で統計的に有意な差が認められたのは、トルコでは⑥（「夫は、仕事と家庭生活のバランスがとれるような仕事をすべきだ」）以外の9項目、アメリカでは⑤（「妻は、仕事と家庭生活のバランスがとれるような仕事をすべきだ」）と⑥以外の8項目であるのに対し、日本では①④⑦⑩（「男性には男性の役割が、女性には女性の役割がある」「家庭で物事を決めるとき、夫と妻

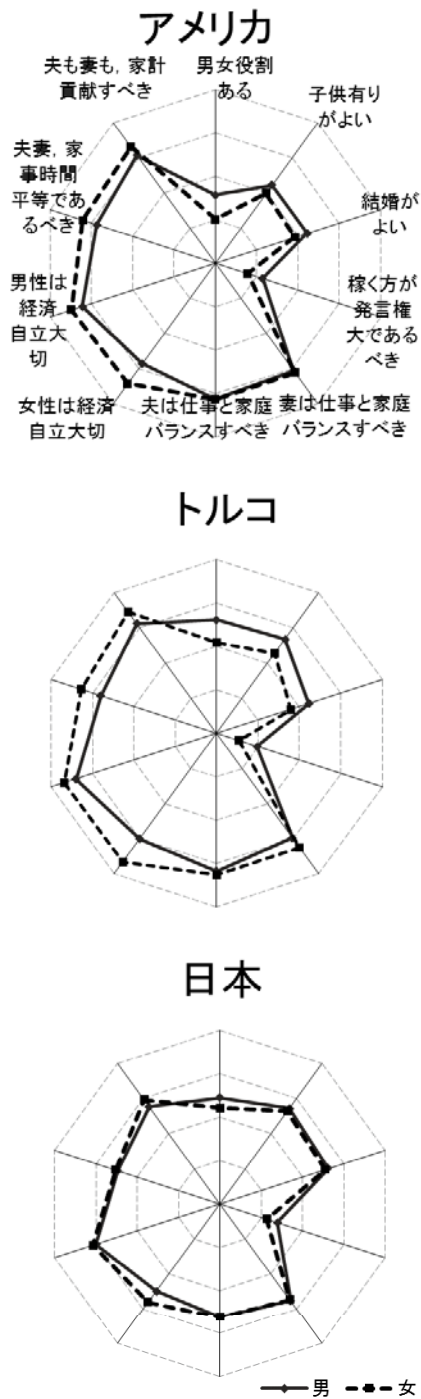


図2 性別役割規範への反応:3カ国の性別平均

のうち最もお金を稼いでいる者が、最も大きな発言権を持つべきだ」「女性にとって、経済的に自立していることは大切だ」「夫も妻も、家計に貢献すべきだ」の4項目のみであった。

要するに、他の2カ国に比べて日本では、男女ともに「男女は平等」という意識が低く、「男は仕事、女は家事」といった従来型の性別役割規範に対して肯定的という傾向が見られる。それに対し、アメリカやトルコでは、家事や家計貢献の男女平等はより強く支持されており、そしてさらに、男性よりも女性のほうが男女平等を強調する傾向がある。

(2)メタ規範という視点

こうした結果を受け、この社会における性別役割規範のありようについて考えてみたい。そのためにここでは、「『男／女は〇〇であるべき』という規範に従うべき」のような、「規範（～べき）」についての規範（～べき）」、つまりメタ規範という視点を取り上げたい。

メタ規範とは何か。例を挙げて考えてみるなら、図2において、アメリカ・トルコでは、女性が男性以上に「男女は平等」を強調する傾向があった（家事・家計貢献の平等、男女両方の経済的自立について、女性のほうが男性より肯定的であった）。一方、これらの国では、「男性には男性の役割が、女性には女性の役割がある」という従来型の性別役割について、女性に比べて男性は肯定的であった。もっとも2つの国を比べると、アメリカの男女は従来型の性別役割により否定的であった。

このことから示唆されるのは、ジェンダーに関する規範については、女性なら

従うべきという規範, 男性なら従うべきという規範が別個に存在するのではないかということである。すなわち, 女性に対しては, 「女性なら『男女は平等であるべき』という規範に従うべき」という規範が働きかけ, 男性に対しては, 「男性なら『男女にはそれぞれ固有の役割があるべき』という規範に従うべき」という規範が働きかけるということである。言ってみれば, 女性にはフェミニズム的な規範に従うべきという規範が働き, 男性には従来型の固定的性別役割規範に従うべきという規範が働くのである(トルコの男性に比べるとアメリカの男性には弱く働いていることから, アメリカでは女性主導で男女平等の規範が男女に浸透してきていると言えるだろう)。これは, 「男は外で働き, 女は家で家事・育児」など通常われわれが性別役割規範と言っているものとは異なる次元の性別役割規範である。そして, 男女それぞれにこのような規範の規範, つまりメタ規範が作用しているために, 図 2 に見たような男女差が現れるということである。

一方, 性別役割規範への反応で男女差がほとんど伺えなかった日本については, アメリカやトルコに比べてメタ規範の男女差が小さい, あるいは弱いと考えられるだろう。つまり, 日本では, アメリカやトルコの例に見たように性別によって異なったメタ規範が働くというのではなく, 男女で同じようなメタ規範が働いているということである。言い換えれば, 男性文化と女性文化の乖離が小さいということになる。

このようにメタ規範という視点を導入して見てみると, 日本において性別役

割規範が人びとにどのように作用しているか, その特徴が垣間見えると言えよう。

【むすびにかえて】

本稿の関心は, 人びとの性別役割規範意識についての調査結果をもとに, われわれの社会での性別役割規範のありようを解明することにあつた。それを議論するためには, 当然のことながら, さまざまな年齢層を含んだランダムサンプリングに基づいたデータでより精緻な分析を行なうことが必要である。とはいえ, 本稿では, 性別役割規範のありようを論ずるうえでメタ規範という視点が有意義となることを示した。

性別役割規範については, 男性向けの内容と女性向けの内容があり, それぞれの性は自らの性と一致する性別役割規範内容に従うべきという「メタ規範」の働きかけを受ける。今回比較対象となったアメリカ・トルコではこのメタ次元での男女差が明らかであったのに対し, 日本はメタ規範の男女差がほとんど見られなかった。ではどのような規範内容で男女が一致しているかといえば, 男女平等というよりは, 従来型の固定的性別役割を肯定する規範であった。日本においては, 少なくとも今回のデータのような若い年齢層においては, とりわけアメリカの場合のような, 女性が主導しての男女平等規範の広がりはまだ起こっていないと言えるだろう。

出生率と予算配分のデータから読みとれること

総合理工学研究科 数理科学領域 黒岩 大史

【はじめに】

現在、日本の少子化は深刻な状態にある。合計特殊出生率(一人の女性が一生の間に生むとされる子どもの数。以降「出生率」と略記)が最も低かった2006年の1.26と比較すれば、2015年は1.46と持ち直しつつあるものの、人口を維持する水準と言われる2.08には程遠く、日本の人口は減少し続け、結果として国力が低下し続けているが、少子化に対する根本的な解決策は見出されないままである。一方で、島根県の出生率は高く、2015年の出生率は1.80で全国第2位である。これはなぜなのか?本研究では

1. どのような政策や予算の使い方が、出生率にどのように影響を与えるのか?
2. 島根県の予算の使い道には、どのような傾向があるのか?

について観察し、最後に出生率が高いと言われる邑南町では、どのような取り組みをしているのか紹介する。

1. 政策や予算の使い方が、出生率にどのように影響を与えるのか?

【対象と方法】

47年間分(1967年~2013年)の国家予算と出生率のデータを用意し、「独立

変数」を社会保障関係費、文教及び科学振興費、国債費、恩給関係費、地方交付税交付金等、防衛関係費、公共事業関係費と考え、「目的変数」を出生率の前年との差とし、重回帰分析を用いて観察した。なお、実際の政策に対して影響が出るまでの年数を x とし($x=1, 2, \dots, 10$)、重回帰分析を繰り返し実施し、どの予算が出生率に影響を与えるのか、また影響が出るまでどれくらいの年数を要するか、について考察した。

【結果】

最も重相関 R が高かったのは $x=5$ の時であった。

x	3	4	5	6	7
R	0.45	0.53	0.58	0.66	0.65

$X=5$ の時、有意水準 F は0.00511であり、係数が最も大きかったのは社会保障関係費の1.44、その P -値は0.0154であった。また社会保障関係費以外の P -値は0.18以上であった。

【考察】

出生率に最も影響を与えるのは社会保障関係費、影響が出るまでの年数は5年であった。この結果における有意水準お

よび社会保障関係費の P-値が十分に低いことから、この結論に対する信頼性は十分に高いと考えられる。

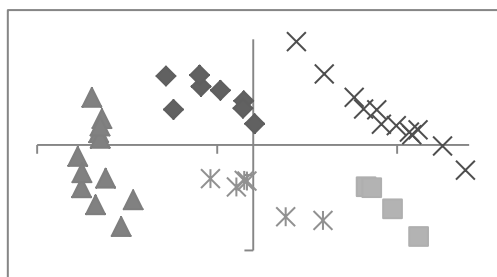
2. 島根県の予算の使い道には、どのような傾向があるのか？

【対象と方法】

閲覧可能な中国地区 5 県分の年間予算データ（議会費、総務費、民生費、衛生費、労働費、農林水産業費、商工費、土木費、警察費、教育費、等）を用意し、全てのデータに対して主成分分析を行った。また 1987 年以降の各県における出生率データを用意し、主成分分析で得られた結果との比較を行った。

【結果】

全てのデータをプロットすると、下のグラフのようになった。一番左側のまともりが島根県、中ほど上が鳥取県、中ほど下が山口県、右側下が広島県で、右側上が岡山県であった。



なお横軸に影響が大きいデータは商工費(-0.5)、教育費(0.46)、土木費(-0.46)であり、縦軸は商工費(-0.7)、土木費(0.45)であった。

【考察】

まず、各県で予算の使い方に大きな違いがあり、県毎の傾向があることは、グラフから良く見て取れる。また島根県、鳥

取県の出生率は高めであり、逆に山口県、広島県、岡山県は低めであるが、最も高い島根県がグラフの左側方向に最も低い岡山県が右上方向に位置していることから、予算の使い方と出生率の間に比較的大きな関係がある結果が得られた。予算の使い方の違いが、出生率に何らかの影響を与えていると考えられる。

【結語】

邑南町の取り組みは、少子高齢化対策の成功例（総務省）と評価され、守りの日本一の子育て村を目指して（攻めと守りの定住プロジェクト）、子育てに手厚い補助を行っている。特筆すべきこととして、第二子目から保育料無料、保育所完全給食などが挙げられ、また小学校数をほとんど減らしていないことも驚きである。町全体でサポートしていく環境が整っており、一般会計に対して平均で 6.5%の予算を付けている。結果として、過去 10 年間の半数で出生率 2.0 を超え、2008 年には 2.67、2012 年には 2.65 に達している。出生率は子供を持つ家族が快適に暮らすことができる指標の一つと解釈されるだけでなく、国力にも最も直接的に影響するものであるため、出生率に対するより本質的な要素を見出すことには大きな価値がある。

【文献】

黒岩大史 魅力的な島根県のための予算配分に関する研究（出生率と予算配分に関する考察、平成 27 年度地域志向教育研究）
関連ウェブページ（総務省、財務省、厚生労働省、島根県、鳥取県、山口県、広島県、岡山県、島根県内自治体）

周産期の現場における 現状と支援

島根大学 医学部
産科婦人科学教室

皆本敏子

I 諸言

児童虐待は近年増加の一途をたどっており、平成 27 年には児童相談所における児童虐待の相談対応件数は 103,260 件との報告が厚生労働省から出されている¹⁾。児童虐待が社会問題となり、今まで認識されていなかった例が報告されるようになったため件数が増えたとの見方もあるが、実質的に増加していることは否めない。社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会の第 10 次報告によれば虐待死のうち一か月未満の死亡例は約 22%で加害者の 91%が実母であった²⁾。

これらを背景として厚生労働省は、妊娠期からの育児支援を必要としている妊婦を「特定妊婦」と定義し、妊娠期からの切れ目のない支援を推奨している。児童福祉法における特定妊婦の定義は「出産後の子どもの養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」としている。「支援が特に必要な妊婦」に関して細かい取り決めはないが、若年・望まない妊娠・シングルマザー・軽度知的障害・精神疾患合併妊娠・すでにいる兄弟が要保護児童であるなど様々な背景を持つ。

産婦人科の現場では以前から特定妊婦にあたる妊婦のケアを主に助産師・ソーシャルワーカーらを中心に行っており、行政との連携も行ってきた背景がある。しかし、妊婦の背景が複雑で、対応には十分な配慮を必要とすること、専門のスタッフがいないこと、決められた手順もなく、比較的経験を積んだスタッフに負荷がかかること、個人情報保護などにより行政との連絡がスムーズに進まないなどの問題点も多かった。

今回我々は周産期パスを利用し、比較的経験の少ないスタッフでも対応できるよう工夫を行い、問題が明瞭に提示でき、行政への情報提供をより効果的に行うためのツールを作成したため報告する。

II 特定妊婦の把握

特定妊婦を把握するためには母子手帳交付時や妊婦健診などで妊婦を面接した時が効果的である³⁾。出雲市ではアセスメントシートを利用して漏れのないよう妊婦の背景を把握し、医療機関に連絡している。これらのアセスメントシートは各医療機関も利用し、共通の認識で取り組む努力をしている。母子手帳交付時には把握できなかった特定妊婦に

関しては医療機関から妊婦健診時にアセスメントを行い行政に報告する。このアセスメントは一定の指標であり、これらの条件に複数当てはまっても前向きに育児を行う可能性も十分にあるし、アセスメントの項目にあてはまらずとも育児不安が強く支援が必要な妊婦はいるため、十分な観察とその後の個別対応が重要となってくる。

Ⅲ 特定妊婦の支援

<開始時期>

特定妊婦の背景は複雑で把握しにくい場合がある。また産科受診時しか面接ができないので回数も限られる。この間に胎児はどんどん成長し、妊婦自身の環境も変化するため妊娠継続の是非の検討、妊婦の生理学的な変化に必要な支援、出産・育児の準備と様々な項目について検討せねばならず、より早くからの支援が重要となる。

特定妊婦の多くは支援者に対して批判されるかもしれないという恐怖心や、介入してほしいとといった複雑な感情を持っていることがあり、拙速に介入できないため、的確な時期を見極めソフトランディングに介入していくことが妊婦の心を開くキーポイントとなる。

<妊娠期の支援>

妊娠期の支援は多岐にわたる。まず、初期には妊婦やパートナー、家族などを含めたプロフィールや人間関係の把握、妊娠に対する患者の心情、精神状態、経済状況などの情報収集を行う。シングルマザーの一部や育児放棄を繰り返す妊婦などは批判されることを極端に嫌うため、行き過ぎた介入は受信拒否につながることもあり、対応は慎重に期する。妊娠 10 週頃に予定日が決定されれば、

一般的な保健指導を行うと共に行政やソーシャルワーカーへの紹介、情報提供の同意を得ることが望ましい。我々はそのほか民間の支援団体の紹介なども行っている。喫煙等生活習慣の乱れがある場合もあり、丁寧な保健指導が求められる。この際、支援者が高圧的・指示的な態度を見せると妊婦の前向きな気持ちをそぎやすいため注意する。

可能であれば妊娠 15～20 週頃までにスタッフとの信頼関係がある程度構築できるとよい。このような関係性ができると妊婦をとりまく人間関係や、キーパーソンの把握などもできるようになる。

特定妊婦は家族関係に恵まれない場合も多く、産科合併症の発症時や分娩時に家族の協力が得られないこともしばしばあるため、場合により行政に協力を仰ぎつつ支援体制の構築を行う。またこのころには胎動も感じるようになるため胎児に対する思いや将来への希望など妊婦が児に対する愛着や児とのその後の生活に対する思いを育めるように寄り添うことが肝心である。妊婦をとりまく状況や妊婦自身の成育歴などから児に対する思いを封印してしまう妊婦も少なくない。また一見恵まれた環境にある妊婦でも、育児不安が強く児への愛着が育ちにくい場合も珍しくないため妊婦の抱える不安を受容しつつ支援していくことが求められる。

Second trimester には、乳房の手入れの方法、栄養指導、出産準備など一般的な保健指導を行うが、シングルマザーなどは協力者が少なかったり、知的障害者は理解がうまくできなかつたりするため説明だけでなく確認も行う。地域によっては出産準備品の一部を行政から借

用・譲り受けることができる。

この期間に支援者間（行政・医師・助産師・保健師）で分娩後に向かい、妊婦の抱える問題点を共有し、本人の希望に沿った分娩後の展望計画を検討しておくべきである。経済的な問題を抱える妊婦も多く、具体的な支払方法や福祉制度の検討などもあらかじめ本人・家族と各医療機関で相談しておく。

Third trimester になるとバースプランの紹介を含め分娩や育児について具体的な想定を行い、本人の準備を促していく。妊婦によっては産後の就労時期についての検討、それに伴う保育園の入所手続、各種福祉制度の紹介などを行政とともに行っていく。妊娠 32 週を過ぎれば妊婦に実際の分娩時の入院方法、緊急時の体制、病棟の紹介などを説明する。今までの話し合いを基に患者の状況・問題点・今後の計画・行政との連携状況などを医療スタッフ間（外来・病棟スタッフ）に周知していく。

これらの支援を妊婦に配慮しつつ円滑に行うためには、スタッフが一定の経験を積まなければ対応できなかった。しかし、周産期の現場は過酷であり、特定妊婦のみに対応できるわけではない。また一定の経験を積む時期はスタッフ自身の出産育児期とも重なり対応できるスタッフは常に手薄状態である。また、これらの手順を漏れなく進めるためには経験があっても対応しきれず時期を逸してしまうこともある。

＜分娩後の支援＞

分娩後の支援は妊娠期の支援を基に実際に児と対面し母児の愛着形成、産後の育児へつなげる重要な時期となる。産後の入院期間は正常経産分娩で4日から

5日、帝王切開でも7日程度である。一般的な母乳ケア、児のケアの方法の指導などと並行し母児の愛着形成を評価し、個々の状態に合わせた支援を開始する。場合によっては児が乳児院等に保護される場合もあるため家族を含めた話し合いが必要となることがある。この場合、妊娠期に立てた支援計画が根本的に変わることもあるため、慎重に対応することが望まれる。

多くの施設では妊娠期の支援スタッフと分娩期の支援スタッフのメンバーが変わってしまうこともある。できるだけ信頼関係の構築ができたスタッフが対応することが望ましいが、組織の構造上不可能な場合は十分に情報共有を行い、再び妊婦自身の心が閉ざされないよう最大限の配慮を行う。

また、産後の精神状態にエジンバラ産後うつ病自己評価票などを利用し、褥婦の精神面の評価も行い家庭訪問を行う行政に報告する。

以上述べた特定妊婦の支援における問題点を表1にまとめた。

<妊娠期>
アセスメントの方法
妊婦個人の状況・性格などで対応が異なる
支援とともに保健指導も行うため、ある程度回数・時間がかかる
受信拒否
<分娩期>
妊娠期の支援内容が急に変更になる場合がある
対応する期間が比較的短時間
<育児期>
支援の対象が児になることが多く、母親の支援が少なくなる
<組織における問題点>
妊娠期・分娩期・育児期と関わるスタッフが多変することが多い
連携環境が十分とは言えない
支援スタッフの育成

IV 周産期パスの運用

我々はこれらの問題点に対し、周産期パスを導入することを提案している。

(図1)

クリニカルパスとはスケジュール表を利用して介入内容を最適化したものであり、評価・改善を行うことで医療の質を向上させるマネジメントシステムとして医療現場では広く使用されている。パスのメリットはサービスが標準化されるとともにチームとしてのパフォーマンスも強化されるため、より質の高いサービスが提供できる。また、新人職員の教育ツールとしても利用できるため、後継者の育成へつながり一定の質を保

った支援が提供されることとなる。問題点を経時的・端的に表現することができるため妊婦自身が思いを整理できるだけでなく、スタッフにも妊婦の経時的な変化や問題点を明確に伝えることができるものと期待している。パスを利用して妊婦に保健指導や説明を行うときは行政側からの支援のパンフレットなどを利用し、妊婦にもわかりやすい説明を行う。将来的には行政機関との情報共有にも利用したいと考えているが、まずは、医療スタッフの患者支援・情報共有のためのツールとして利用を開始する予定である。

図1 周産期連携パス

周産期連携パス(シングルゲータ)		妊婦	産科医	助産師	看護師	検査技師	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	臨床心理士	社会福祉士	保健師	公衆衛生	その他
妊婦	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
産科医	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
助産師	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
看護師	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
検査技師	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
薬剤師	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
理学療法士	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
作業療法士	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
言語聴覚士	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
臨床心理士	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
社会福祉士	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
保健師	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
公衆衛生	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握
その他	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握	妊婦の健康状態の把握

V 今後の展望

島根県における特定妊婦の現状や支援は継続的に行われてきたとはいえ、体系的に見るとまだ改善すべき点が多々ある。特定妊婦の把握、個人に行われた支援内容のデータ化、支援に対するフィードバックの仕組みなどはまだ十分とは言えない。また、我々は切れ目のない支援をめざし、医療・行政だけでなく学校や企業が連携することで負の連鎖を断ち切り児の就学・就職、希望のある人生を送れるよう支援をつなげていくことが大きな目標である。

さらにスタッフの育成や支援制度を充実させていくことで特定妊婦のみならず、子育てに悩む母親たちの支援に広がればこの上ない。

VI おわりに

産婦人科の現場における特定妊婦の取り組みは長く行われてきている。この問題はなかなか認知されて来なかったが、近年広く認知されつつある。このことは虐待の急増を背景にしているため決して喜ぶことはできない。しかし社会がしっかりと認識することがこの問題の解決への第一歩であるとも言える。特定妊婦やその子供をめぐる環境は厳しい。しかし誰かが見守ってくれているだけで生きていく力になるのではないだろうか。

特定妊婦の支援は報われることが決して多くはない領域であるが、これからの子どもの未来のためにも我々はより支援の質を高め、充実させていく必要がある。

参考文献

- 1) 厚生労働省：平成 27 年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数（速報）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000132381.html>
- 2) 厚生労働省：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 10 次報告）
- 3) 水主川純：妊娠期からの虐待予防 子どもの虐待とネグレクト 15 巻 1 号 30-34(2013)

介護離職への対応 介護する家族に対する社会的支援-ドイツの現地調査を参考に-

島根大学法文学部法経学科 宮本 恭子

はじめに

介護離職の問題が、現実的な課題として近年注目されてきている。介護は必要な期間が予測し難いうえ、長期にわたることも少なくない。また、既婚者なら義理の親を含めて、対象者が一人とは限らない課題もある。しかも、男女共通の課題であると同時に、介護に関わっている労働者層は企業経営を担う中核人材かつ役職者を含めた管理職でもある年代層である。こうした状況を受け、仕事と介護の両立がそもそも企業にとってどれくらい深刻な問題なのか、また、企業は社員の仕事と介護の両立をどのように支援すべきかといった課題が提言されてきている。「仕事と介護の両立」の問題は、社会保障政策と企業経営の両方にとって重要な課題となっている。

このような介護離職に拍車をかける高齢社会への対応として、高齢者の介護をその家族だけで担うのではなく、介護の負担を社会全体で担う介護の社会化という理念を掲げ、2000(平成12)年4月に介護保険制度が導入された。しかし、介護保険施行後も、介護する人もされる人も高齢者という「老々介護」や、介護する人もされる人も認知症という「認認介護」、10代、20代で介護をしている若者介護や、家族が介護のために離職する「介護離職」という例が増えているのはなぜだろうか。本報告では、日本の介護保険制度の参考モデルとなったドイツを参考にして、こうした「介護離職」への対応を考えてみたい。

I. 介護をしながら働く家族介護者の状況

1. 介護をしている就業者の状況(全国)

家族介護者が生産年人口である場合、介護と仕事の両立が課題になる。そこで、介護をしながら働く家族介護者の状況を見ておこう。総務省「就業構造基本調査」(平成24年10月1日)によると、15歳以上人口のうち、介護をしている者は557万人(5.0%)で、介護をしていない者は約1億325万人(93.2%)である。介護をしている者の年齢区分をみると、30歳未満の者は177,600人(3.2%)、30歳代の者は327,900人(5.9%)、40歳代の者は775,800人(13.9%)、50歳代の者は1,650,300人(29.6%)、60歳代の者は1,689,200人(30.3%)、70歳以上の者は953,000人(17.1%)であり、50歳代と60歳代の家族介護者が多い。ただし、30歳未満や70歳以上の者で介護をしている者は113万人にのぼり、若年者や高齢者の家族介護者も多い。

また、介護をしている者の内訳を就業別にみると、有業者が52.2%、無業者が47.8%であり、仕事をしながら介護をしている者の割合が多い。これらの介護をしている有業者のう

ち、自営業者の占める割合は13.4%で雇用者は82.4%である。雇用者を就業上の地位別にみると、会社などの役員の占める割合は8.9%、役員を除く雇用者は91.1%である。雇用者を雇用形態別にみると、正規職員の占める割合は46.6%、非正規職員の占める割合は44.4%となっている。

表1 就業形態・就業上の地位・雇用形態・介護の有無・介護休業制度利用の有無

	総数	介護をしている							介護休業制度等の利用あり		介護をしていない 総数
		総数	30歳未満	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	介護休業制度等の利用あり	介護休業制度等の利用なし	
総数	110,815,100	5,573,800 (5.0)	177,600 (3.2)	327,900 (5.9)	775,800 (13.9)	1,650,300 (29.6)	1,689,200 (30.3)	953,000 (17.1)	405,300 (7.3)	5,037,700 (45.3)	103,251,300 (93.2)
有業者	64,420,700	2,910,200 (52.2)	95,300	224,500	534,200	1,135,300	780,000	180,900	379,800	2,800,700	60,661,000
(うち自営業者)	5,909,600	390,800 (13.4)	1,800	14,700	39,100	110,900	160,700	63,500	500	385,900	5,415,400
(うち雇用者)	57,008,800	2,399,300 (86.9)	92,500	204,400	481,500	988,300	555,700	76,800	377,800	1,998,000	53,953,800
会社などの役員	3,471,400	214,400 (8.9)	900	5,500	21,000	80,800	79,300	23,900	34,400	178,600	3,203,700
雇用者	53,537,500	2,184,800 (91.1)	91,600	198,800	459,500	907,500	476,400	52,900	343,200	1,819,500	50,750,100
正規の従業員	33,110,400	1,113,100 (46.6)	45,100	120,100	266,000	523,300	148,600	16,000	187,700	921,100	31,691,600
非正規の従業員	20,427,100	1,065,700 (44.4)	46,500	78,700	191,500	384,100	327,800	36,900	155,500	898,400	19,058,500
無業者	46,394,400	2,663,500 (47.8)	82,300	103,400	241,500	514,900	929,300	792,100	25,500	2,587,000	42,600,300

注：総数は日本全国の15歳以上人口である。
出所：総務省「平成24年就業構造基本調査」より作成。

2. 介護をしている就業者の状況(島根県)

次に、島根県における介護をしながら働く家族介護者の状況である。総務省「就業構造基本調査」(平成24年10月1日)によると、平成24年10月1日現在の15歳以上人口は614,400人である。そのうち、介護をしている者は37,500人(6.1%)で、介護をしていない者は569,500人(92.7%)である。介護をしている者の割合は、全国平均(5.0%)とくらべ高い水準にある。

介護をしている者の年齢区分をみると、30歳未満の者は800人(2.1%)、30歳代の者は1,700人(4.5%)、40歳代の者は3,500人(9.3%)、50歳代の者は28,800人(28.8%)、60歳代の者は12,700人(33.9%)、70歳以上の者は8,000人(21.3%)と、60歳代と50歳代の家族介護者が多い。ただし、30歳未満や70歳以上で介護をしている者は8,800人にのぼり、いわゆる「若年介護」や「老々介護」の実態がある。全国平均との比較では、60歳代と70歳以上の家族介護者の割合が多く、介護する人もされる人も高齢者という、「老々介護」が多い。

介護をしている者の内訳を就業別にみると、有業者が20,700人(55.2%)、無業者が16,800人(44.8%)であり、仕事をしながら介護をしている者の割合が多い。これは全国平均と比べ高い。これらの介護をしている有業者のうち、雇用者の占める割合は78.7%である。雇用者を雇用形態別にみると、正規職員は7,700人(47.2%)、非正規職員は7,100人(43.6%)となっている。これは全国平均とほぼ同様の割合である。

介護をしている無業者16,800人のうち就業希望者は3,400人(20.2%)である。無業者で就業希望の者の年齢区分をみると、30歳未満の者は40%、30歳代、40歳代の者は50%、50歳代の者は38.1%、60歳代の者は23.1%、70歳以上の者は6.3%であり、生産年齢人口で介護をしている無業者の多くは、就業を希望している実態がうかがえる。

表2 介護をしている就業者の状況(鳥根県) (平成24年10月1日現在)

	総数	介護をしている									介護をしていない 総数
		総数	30歳未満	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70才以上	介護休業 制度の利 用あり	介護休業 制度の利 用なし	
総数	614,400	37,500 (6.1)	800 (2.1)	1,700 (4.5)	3,500 (9.3)	10,800 (28.8)	12,700 (33.9)	8,000 (21.3)	2,400 (6.5)	34,700 (92.5)	569,500 (92.7)
有業者	356,600	20,700 (5.8)	300 (1.4)	1,300 (6.2)	2,700 (13.0)	8,500 (41.1)	6,300 (30.4)	1,700 (8.2)	2,300 (11.1)	18,200 (87.9)	332,200 (93.2)
うち雇業者	301,200	16,300 (78.7)	300	1,200	2,600	7,500	4,300	400	2,200	13,900	282,000
(正規職員)	183,200	7,700 (47.2)	200	700	1,200	4,500	1,000	200	1,200	6,400	174,000
(非正規職員)	99,100	7,100 (43.6)	100	500	1,300	2,400	2,600	200	800	6,200	90,800
無業者	257,800	16,800 (6.5)	500	400	800	2,100	6,500	6,400	200	16,500	237,300
うち就業希望者	41,600	3,400 (20.2)	200 (40)	200 (50)	400 (50)	800 (38.1)	1,500 (23.1)	400 (6.3)	100	3,300	37,300
男	289,900										
有業者	197,900	9,400	100	500	1,000	3,300	3,300	1,100	1,000	8,300	186,300
無業者	92,000	4,900	200	100	100	400	2,200	1,900	100	4,800	85,500
うち就業希望者	18,000	1,300	100 (50)	0	100	300	700 (31.8)	200	100	1,800	16,300
女	324,500										
有業者	158,700	11,300	200	800	1,700	5,200	2,800	500	1,300	9,900	145,900
無業者	165,800	11,900	300	400	300	1,700	4,300	4,500	100	11,700	151,800
うち就業希望者	23,600	2,100	100 (100)	200	300	600	400	200	0	2,100	21,000

出所:総務省、平成24年就業構造基本調査より作成。

II. 介護離職者の状況

1. 全国の介護離職者の状況

それでは、次に、介護離職の実態を見てみよう。表3は、実際のデータから介護のために仕事をやめた離職者(以下「介護離職者」という)の動向を示している。厚生労働省「雇用動向調査」で2012年の実績を見ると、離職者全体が673万人であるのに対し、介護のために仕事をやめた人は6.6万人(離職者全体の0.98%)であった。また、総務省「就業構造基本調査」で2011年10月から2012年9月の実績を見ると(表4)、離職者数は603万に上るが、このうち介護・看護を理由に前職を離職した人は10.1万人(同1.68%)であった。2つの統計で離職者数が異なる背景には、調査対象となる労働者の違い、離職者の定義、調査時期の違いがある。

これらの統計から分かるように、現時点では、離職者全体のうち介護離職者が占める割合は0.98%から1.68%程度と低い。それでも年間6~10万人程度の人が家族介護のために仕事を辞めていることは、無視できない事実である。

厚生労働省「雇用動向調査」によれば(表3)、介護離職者の数は介護保険導入前の1998~99年の2年間は年平均2.7万人であったが、2000~2012年の13年間は年平均5.3万人へとほぼ倍増している。また、総務省「就業構造基本調査」で確認すると(表4)、1997年10月~2000年9月の3年間における介護離職者数は年平均9.3万人であったのに対し、2000年10月~2012年9月の12年間の介護離職者の年平均は9.5万人へと穏やかな増加傾向にある。これらの複数の統計を見る限り、介護保険が始まって介護離職は増える傾向にあることがわかる。

そこで、どのような属性の人が家族の介護を理由に離職しているかを見てみよう。再び

総務省「就業構造基本調査」(表4)によれば、1997年10月～2000年9月の介護離職者27.9万人のうち、約85%に相当する23.8万人が女性であったが、2000年10月～2012年9月の12年間には、約82%が女性であった。女性が大半を占めるとは言え、男性の介護離職者も増加傾向にある。男性の介護離職者は1997年10月～2002年9月5年間に7.6万人であったが、2002年10月～2007年9月の5年間は9.6万人、2007年10月～2012年9月の5年間は9.2万人へと長期的にみると穏やかな増加傾向にある。このように、機能が縮小される家族においては、家族の全構成員が介護の担い手として期待されるようになり、男女を問わず介護負担が家族にとって過大なものになっている可能性を示している。

表3 介護のために仕事をやめた離職者数・割合 (単位:人)(単位:%)

産業計	2012年		2011年		2010年		2009年		2008年	
	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者
	6,729,000	66,100 (0.98)	6,413,800	56,500 (0.88)	6,425,300	49,600 (0.77)	7,236,100	46,300 (0.64)	6,591,500	46,800 (0.71)
産業計	2007年		2006年		2005年		2004年		2003年	
	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者
	6,800,500	49,600 (0.73)	7,044,900	47,800 (0.68)	7,555,400	74,300 (0.98)	6,854,300	51,600 (0.75)	6,621,600	68,400 (1.03)
産業計	2002年		2001年		2000年		1999年		1998年	
	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者	離職者	介護離職者
	6,820,300	41,500 (0.60)	7,008,900	50,000 (0.71)	6,610,300	38,000 (0.57)	6,234,000	28,200 (0.45)	5,938,800	25,400 (0.43)

出所:厚生労働省「2011年、2012年 雇用動向調査」より作成。

表4 現在の就業状態別介護・看護により前職を離職した者 (単位:人、%)

	H23年10月～24年9月		H22年10月～23年9月		H21年10月～22年9月		H20年10月～21年9月		H19年10月～20年9月	
	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率
総数	6,030,800	101,100 (1.68)	3,990,500	84,200 (2.11)	3,780,500	98,600 (2.60)	3,506,800	81,900 (2.34)	3,320,400	88,500 (2.67)
男	2,774,100	19,900 (0.72)	1,820,600	18,400 (1.01)	1,754,500	20,900 (1.2)	1,672,200	16,100 (0.96)	1,568,500	17,100 (1.09)
女	3,256,700	81,200 (2.50)	2,169,900	65,800 (3.03)	2,026,000	77,700 (3.84)	1,834,700	65,800 (3.59)	1,752,000	71,500 (4.08)
	H18年10月～19年9月		H17年10月～18年9月		H16年10月～17年9月		H15年10月～16年9月		H14年10月～15年9月	
	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率
総数	6,674,000	144,800 (2.17)	4,268,200	104,300 (2.44)	3,996,800	103,500 (2.59)	3,436,600	98,900 (2.88)	3,153,400	92,500 (2.93)
男	2,943,300	25,600 (0.87)	1,902,300	19,100 (1.00)	1,866,900	20,400 (1.1)	1,597,900	16,000 (1.0)	1,507,600	17,000 (1.1)
女	3,730,700	119,200 (3.20)	2,366,000	85,200 (3.60)	2,129,800	83,200 (3.91)	1,838,700	82,900 (4.51)	1,645,900	75,500 (4.59)
	H13年10月～14年9月		H12年10月～13年9月		H11年10月～12年9月		H10年10月～11年9月		H9年10月～10年9月	
	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率	総数	介護離職数・率
総数	7,481,500	127,500 (1.70)	5,126,300	100,100 (1.95)	4,205,700	103,300 (2.45)	3,311,500	87,700 (2.65)	3,217,900	87,900 (2.73)
男	3,462,300	21,800 (0.63)	2,315,900	13,400 (0.58)	1,931,900	15,100 (0.78)	1,554,200	13,400 (0.86)	1,499,900	12,000 (0.80)
女	4,019,200	105,700 (2.63)	2,810,400	86,700 (3.08)	2,273,700	88,300 (3.88)	1,757,400	74,300 (4.23)	1,717,900	75,900 (4.42)

注:「介護により前職を離職した者」とは、日常生活において家族のために何らかの手助けをする必要があり、就業を希望していない場合。

総数は、就業期間に前職をやめた転職就業者及び離職非就業者。

「介護離職率」は、前職をやめた者のうち、介護のために仕事をやめた人数、割合。

出所:総務省「平成24年、19年、14年就業構造基本調査」より作成。

2. 島根県の介護離職者の状況

表5は島根県の介護離職を示している。前職を離職した者で平成24年10月1日現在、有業者及び無業者をあわせた総数は386,300人である。これらの者のうち、介護・看護により前職を離職した者(以下:介護離職者という)は、平成24年11,100人、平成14年12,300人と10年間で1,200人減少した。介護離職者の性別をみると、平成24年男性は2,300人(20.7%)、女性は8,800人(79.3%)、平成14年男性は2,000人(16.3%)、女性は10,300人(83.7%)であり、女性の割合が圧倒的に多いが、この10年間で男性の数・割合が増加傾向にある。全国の動向と同様に島根県でも男性の介護離職者が増加している。

表5 島根県の介護離職者の状況

	H24総数		男		女	
	総数	介護離職者数・率	総数	介護離職者数・率	総数	介護離職者数・率
総数	386,300	11,100(2.9)	175,400	2,300(20.7)	210,800	8,800(79.3)
うち雇用者 (正規職員)	291,900	10,200(3.5)	139,600	2,000(1.4)	152,300	8,200(5.4)
(非正規職員)	186,600	5,700(3.1)	107,400	1,300(1.2)	79,200	4,400(5.6)
	99,200	4,300(4.3)	27,200	500(1.8)	72,100	3,700(5.1)
	H14総数		男		女	
	総数	介護離職者数・率	総数	介護離職者数・率	総数	介護離職者数・率
総数	365,900	12,300(3.4)	168,700	2,000(16.3)	197,200	10,300(83.7)
うち雇用者 (正規職員)	290,600	11,100(3.8)	139,100	1,800(1.3)	151,500	9,300(6.1)
(非正規職員)	206,800	7,200(3.5)	114,300	1,600(1.4)	92,600	5,600(6.0)
	78,600	3,800(4.8)	20,400	200(1.0)	57,700	3600(6.2)

注：介護離職者とは、前職を離職した者のうち、介護・看護により前職を離職した者である。

前職を離職した者(平成24年、平成14年10月1日現在、転職就業者及び離職非就業者)

出所：総務省、平成24年、14年就業構造基本調査より作成。

Ⅲ. 介護離職への対応

1. 介護をしながら働く人への支援(日本)

介護をしながら働く就業者が増える中、これらの者を支援する制度も整備されつつある。介護を行う労働者への直接的な支援策である「介護休業の制度化」は、育児休業・介護休業制度(「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」(平成3年法律第76号))として法定化されている。政府は1999年度から、要介護の家族1人について連続3カ月まで休業できる「介護休業制度」をつくるよう企業に義務づけ、2005年度からは、常時介護を必要とする状態に至るごとに1回、通算して93日まで介護休業をすることができるように改めた。なお、介護休業中は雇用保険から休業前6カ月間の平均賃金の4割の水準の介護休業給付も支給される。さらに、2010年度からは、「要介護状態にある対象家族の介護を行う労働者は、その事業主に申し出ることにより、要介護状態にある対象家族が1人であれば年に5回まで、2人以上であれば年10日まで「介護休暇」を取れるように義務づけた。これ以外に、短時間勤務制度、フレックスタイム制、始業・終業時間のくり上げ下げ、介護費用の援助措置や、深夜業の制限、転勤についての配慮の制度もある。

しかしながら、総務省「就業構造基本調査」(平成24年10月1日時点)によると、2012年度に介護休業制度や介護休暇、短時間勤務などを含めた支援制度を使った人は、介護をしながら働く人のわずか13.1%であった。正社員では16.8%、非正規社員では14.6%にとどまる。島根県では、2012年度に介護休業制度や介護休暇、短時間勤務などを含めた支援制度を使った人は、介護をしながら働く人のわずか11.1%であった。正社員では15.6%、非正規社員では11.3%となっている。島根県で介護休業制度等を使った人は、全国平均と比べ低い水準であり、特に非正規社員での利用率の低さが目立つ。

介護をしている場合の状況や、現在の介護の有無にかかわらず、介護支援に対するニーズはきわめて多様であるといはいえ、取得率の低さからみると介護休業制度はまだ十分に機能しているとはいえない。しかも、介護をしながら働いている人を年齢別にみると、40歳代以上とりわけ50歳代層が多い。これらの年代層は企業経営を担う中核人材の該当層であり、これらの年代層に支援の手が行き届かなければ、介護のために仕事をやめる等の人材が突発に流出するリスク要因になることも予想される。こうしたなか、2017年1月1日から、介護休業制度の分割取得が可能になるなど、介護休業制度が改正されることとなった。

2. ドイツの家族介護者支援

2.1 現金給付と社会保険

ドイツでは、要介護状態にあると認められた被保険者は、現物給付、現金給付又は双方の組み合わせ給付を選択することができる。現金給付については、保険給付の対象、つまり、現金が支払われるのは被保険者本人に対してである。現金の用途は要介護者に任されていて、同居の家族だけでなく別居子や親族、友人、ボランティア等にも現金給付を渡すことができる。また、現金給付以外に年金保険、失業保険、労災保険の社会保障法上での評価もある。社会保障の対象となる家族介護者は、介護保険で要介護者と認められた人を所得目的ではなく、週14時間以上在宅で介護している人である。家族介護者には、労災保険と年金保険ならびに失業保険そして疾病保険と介護保険が適用される。失業保険を利用して、介護のために離職した人が再び労働市場に戻りやすくするための職業訓練を受けることもできる。

2.2 インフォーマル部門の重要性

ドイツでは介護保険が導入される以前から、市民レベルでの助け合いを重視するインフォーマル部門が重要視されてきた歴史がある。現在も民間社会福祉団体や民間営利団体によるサービス提供とともに、ボランティア市民団体によるインフォーマルな介護サービス提供もかなりの部分を占めており、多元的な介護サービス供給システムが形成されている。高齢者介護分野へのボランティア参加促進へ向けた取り組みも積極的に展開されている。その中で重点的に取り組まれているのが、市民参加活動に関する法的組織的な整備である。介護分野におけるボランティアサービス、市民参加活動、インフォーマル部門の役割に期待しながら、サービス提供の充実が図られようとしている。

2.3 市民参加活動の実際

まず、介護する家族を支援するボランティア団体を紹介する。筆者が2016年7月11日に訪問調査を実施した、介護ボランティア連絡センター(Kontaktstelle PflegeEngagement Friedrichshain-Kreuzberg Träger Volkssolidarität LV Berlin)である。センター責任者の

Monika Vuong : (モニカ・ヴオン)氏にインタビューを行った。2010年介護ボランティアの普及促進の根拠となる「介護保険法 45 条 D 項」が施行された。この法律が介護ボランティア連絡センター設立の根拠法である。センターの活動状況は以下のようである。

・ボランティアサービスを利用している家族介護者の声：ボランティアと利用者で事前に何をするか話し合いを十分にするので、利用者の満足度は高い。介護者支援のための訪問サービスを利用することにより、家族介護者はその間、コンサートに入ったり、病院に入ったりとリフレッシュできる。訪問サービスの提供にあたり、事前にマッチング等の調整を行うので、トラブルは起きていない。

・地域の会話グループ・テーマグループの開催：家族介護者は自分たちが希望するテーマ・活動で 5 人程度のグループ活動を立ち上げている。5 人単位の少人数グループなので、介護者の悩み等を自由に言い合えることができる。そのために、隣接するセルフヘルプ組織との連携も行っている。具体的には、家族介護者の交流グループ、家族のためのヨガ教室(毎週水曜日センターに講師が来て、家族介護者のためのヨガ教室を開催)、合唱、コミュニケーショントレーニンググループ、高齢者セラフィアー、記憶力向上トレーニング、座ってできる体操教室、障がい児の親のグループ、成人の障がい者のグループ、遠距離介護のグループがある。

2.4 介護家族支援連携センター・介護緊急相談所

次に、インフォーマル部門において伝統的に重要な役割を果たしている民間社会福祉団体(ディアコニッセ)がベルリン州政府の委託を受けて開設している、介護家族支援連携センターと介護緊急相談所を取り上げる。調査先は、**Diakonie Diakonisches Werk Berlin Stadtmittle e.V. Fachstelle für pflegende Angehörige** ディアコニッセ 介護家族支援連携センター&介護家族利益団体 **Wir pflegen** である。

介護家族支援連携センターは、介護相談センターや介護機関、介護サービス事業等と連携し、家族介護者の問題やニーズを把握し、州政府に情報提供・問題提起を行い、家族介護者の支援策を州政府と協力して検討する。また、家族介護の社会的評価に関するキャンペーンも開催する(1 週間)。隔年で講演会も開催する。

介護緊急相談所は、介護する家族の困り事、問題の相談や、介護する家族の状況をセンターに情報提供し、家族介護者の支援ニーズの把握と施策の充実に活かすことを主な目的としている。ベルリン州内外から介護に関する相談を受け付ける。介護する家族、要介護者本人、在宅だけでなく施設入所者からも相談が寄せられている。匿名の電話相談も多い。ケースによっては、1 人 10 時間以内で心理療法による個別カウンセリングにつなぐ。また、他機関との連携が必要であるケースについては、警察、介護相談センター、行政等の他機関につなぐ。具体的な相談内容は、家族の長期介護の相談、要介護者からの相談では、家族、介護施設等による暴力・虐待の相談、施設入所者からは施設介護に対する不満・苦情がある。

まとめ

介護保険法施行後も、介護を要する高齢者を介護する家族(「家族介護者」)をめぐる悲惨な事件が数多く報道されている。また、先にみたように、介護離職者の数は島根県でも2016年に1万人を超えた。こうした状況の中、介護離職への対応が課題となる。ドイツでは、①家族介護者に対する社会保険が介護保険料によって手当てされている、②介護者には、介護が終わった後にスムーズに労働市場に戻れるような支援が整備されている、③介護保険制度以外のインフォーマル部門での家族介護者支援の体制が整備されている等、家族介護者を包括的、重層的に支援する体制が整備されることで、介護離職の防止につながっていると考えられる。日本においても、①職場の支援、②介護保険制度の充実・整備、③地域・インフォーマル部門の活用等の包括的な支援体制の充実による介護離職への対応が望まれる。

【参考文献】

Bundesministerium für Gesundheit, Das Pflegestärkungsgesetz II

Bundesministerium für Gesundheits, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung。

Zentrum für Qualität in der Pflege, Pflegeversorgung.Grauer Pflegemarkt,2015。

BARMER, 介護レポート 2015 年,

<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/151117-Pflegereport/PDF-BARMER-GEK-Pflegereport-2015.pdf> (最終アクセス 2016/12/8)。

性暴力被害者への支援 —アイスランドのレイプトラウマセンターを視察して—

島根大学保健管理センター

河野美江

I. はじめに

近年、わが国において性暴力被害者に対する支援システムが出来始めている。2010年4月に日本で初めて民間運営の「性暴力救援センター・大阪(SACHICO)」(以下、SACHICOと略す)が開設され¹⁾、内閣府は2012年5月に「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター設立の手引」²⁾を作成、全国にワンストップ支援センター(以下、ワンストップセンターと略す)の設置を促進した。その後、全国各地にワンストップセンターが設立され、2016年12月現在、性暴力救援センター全国連絡会に登録されたワンストップセンターは33カ所である。筆者らは、その中の一つである「しまね性暴力被害者支援センターさひめ」を2014年1月に設立した³⁾。しかし、ワンストップセンターへの国からの財源は乏しく、主体が行政と民間団体が混在し、形態もまちまちであるなど多くの課題がある。

今回、アイスランドのレイプトラウマセンターを視察する機会を得たので、アイスランドにおける性暴力被害者支援の実際を報告する。その上で、アイスランドと日本のワンストップセンターについて比較し、さらに日本のセンターに

おける課題解決に向けて考察する。

II. アイスランドのレイプトラウマセンター

アイスランドは北極圏にある人口約33万人の小さな国で、性暴力被害者支援は首都レイキャビックのLandspítali University HospitalとアーキュレイリのFSA University Hospitalの2カ所で行われている。私は2016年9月1日にLandspítali University Hospitalの救急部門内にあるRape Trauma service Centre(以下、RTSCと略す)を訪問し、責任者であるEyrún Jónsdóttir看護師長より説明を受けた。以下に許可を得て、当日いただいた資料⁴⁾から掲載する。

RTSCは、性暴力被害者に個人のニーズに応じて適切な医療と心理的治療を提供し、急性トラウマの軽減と心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder、以下PTSD)を最小限にし、被害の結果起こる将来の健康問題を減らすことを目的に、1993年に創設された。対象は女性と男性両方で、警察への通報の有無に関わらずサービスの利用はすべて任意、無料であり、救急外来において優先される。サービスは、①

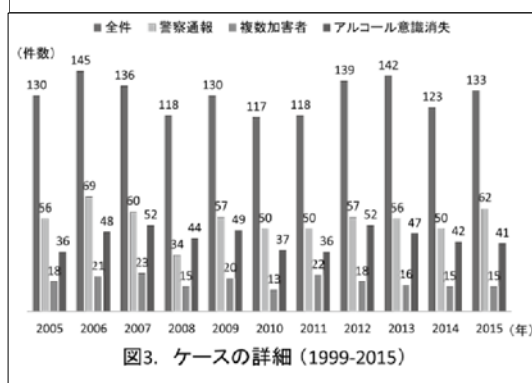
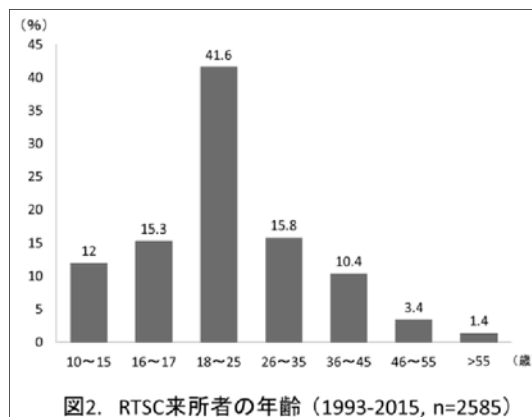
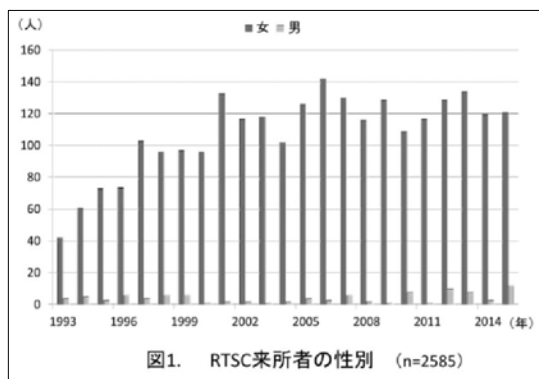
婦人科診察を含めた診察と治療, ②法医学的診察と証拠採取, 保管⁵⁾, ③性暴力被害者とその家族に対する危機介入, ④法律専門家によるサポート, ⑤心理学的な初期対応, である。スタッフは看護師, 産婦人科医師/一般医師, 法律家, 心理士のチームで, 24時間体制, 厳格な守秘義務を有す。法医学的診察はUS, UK, ノルウェーで用いられている証拠採取方法をモデルとし⁴⁾, 心理学的治療は, 英国国立優良診療研究所 (The National Institute for Health and Clinical Excellence :NICE) 作成のNICEガイドライン⁶⁾に沿って行なわれていた。

1. RTSCの概要 (1993-2015)

来所者の性別は9割以上が女性で, 男性が1割弱であった(図1)。男性の場合は聖職者による被害もあり, この場合被害者の年齢は高く, 年月が経ってからの相談が多いということであった。

来所者の年齢は, 10~15歳が12%, 16~17歳が15.3%と, 25歳以下が約70%を占めていた(図2)。

ケースを詳細にみると, 警察に通報したケースが約半数, 複数加害者によるものが約1割, 事件時にアルコールによる



意識消失が約3割であった(図3)。アルコール性意識消失は高校の卒業パーティーや大学の新生が, アルコールを飲みすぎて起こることが多いため, 予防教育の重要性を強調された。

2. RTSCにおける被害者の状況⁷⁾ (2003-2007)

RTSCが被害者に提供したサービスとしては, 「医学診断と治療」が90.5%,

表1. 被害者に提供したサービス (2003-2007)

サービス	件数 (n=634), 重複あり
医学診断と治療	574 (90.5%)
法医学的診察	405 (63.9%)
救急外来での診断書	32 (5.0%)
入院	7 (1.1%)
看護師によるサービス	610 (96.2%)
心理士への紹介	502 (79.2%)
法律家への紹介	342 (53.9%)

Rannsókn agnes Bjorg Tryggvadottir, 2008

「法医学的診察」が63.9%，診断書が5.0%，入院が1.1%で，看護師によるサービスが96.2%，心理士への紹介が79.2%，法律家への紹介が53.9%に行われていた（表1）。

被害時刻は深夜（0時-8時）が69.4%と最も多く，RTSにきた時刻は夕方から夜（16時-0時）が最も多かった（表2）。被害からRTS到着までの時間は，24時間以内が61%と最も多いが，1週間以上も17.2%あった（表3）。

被害場所は被害者宅か加害者宅が53%と最も多いが，他の家も11.5%で

あった。他に仕事場/車，野外，パブやバーの内外，ホテルやキャンプ，ビーチなどがあった（表4）。

被害者と加害者の関係は，見知らぬ人が26%，知り合って24時間以内が21%とほとんど知らない人がほぼ半数で，よく知っている人，恋人，婚約者，元恋人，友達，顔見知り，上司，同僚，同級生などもほぼ半数であった（表5）。

被害時にアルコール摂取があったものの被害時意識レベルは44.1%が意識消失で（表6），相手や被害の状況がわからないため医学的治療やトラウマ治療が困難であるということであった。

トラウマ治療は，51.7%が心理学的サポートを行っており，平均回数は6回であるがばらつきが大きいということであった。17.8%は他の専門家に紹介して

表2. 被害時刻-RTSにきた時刻(2003-2007)

時間	被害時刻 (n=558)	RTSにきた時刻
日中 (8時-16時)	76 (13.6%)	162 (26.8%)
夕方から夜 (16時-0時)	95 (17%)	309 (51.2%)
深夜 (0時-8時)	387 (69.4%)	133 (22%)

Rannsokn agnes Bjorg Tryggvadottir,2008

表3. 被害-RTS到着までの時間 (2003-2007)

時間	数 (n=616)
24時間以内	376 (61%)
2-3日	80 (13%)
4-7日	54 (8.8%)
1週間以上	106 (17.2%)

Rannsokn agnes Bjorg Tryggvadottir,2008

表4. 被害場所 (2003-2007)

場所	数 (n=598)
被害者宅か加害者宅	317 (53%)
他の家	69 (11.5%)
仕事場/車	44 (7.4%)
野外	72 (12%)
パブやバーの内外	35 (5.8%)
他の場所 (ホテルやキャンプ、ビーチなど)	61 (10.2%)

Rannsokn agnes Bjorg Tryggvadottir,2008

表5. 被害者と加害者の関係 (2003-2007)

関係	数 (n=735)
見知らぬ人	191 (26%)
知り合って24時間以内	154 (21%)
良く知っている人	188 (25.6%)
恋人、婚約者、元恋人	61 (8.3%)
友達	49 (6.7%)
顔見知り	15 (2%)
上司	8 (1.1%)
同僚、同級生	23 (3.1%)
不明	46 (6.3%)

Rannsokn agnes Bjorg Tryggvadottir,2008

表6. 被害者の意識レベル
被害時にアルコール摂取があったもの (2003-2007)

意識	数 (n=415)
アルコール性意識消失	183 (44.1%)
酔っていたが何が起こったかわかる	44 (10.6%)
酔っていたが行動コントロールできた	71 (17.1%)
アルコールの影響はあるが意識ははっきりしていた	75 (18.1%)
供述なし	17 (4.1%)
情報なし	25 (6%)

Rannsokn agnes Bjorg Tryggvadottir,2008

おり、内訳は精神科ユニットが37.2%、児童施設が37.2%、アルコール/薬物治療が5.3%、性暴力被害者カウンセリングセンターが0.9%、他の専門家・心理士・社会的支援が15.9%であった。

心理学的治療は、トラウマに焦点を当てた認知行動療法が主で、治療者は治療への過大評価を修正しつつ、PTSDの苦しみを助け、トラウマ記憶に直面させ恐怖を減らしたり、ストレス対処スキルを身に付けさせたりする⁶⁾ ということであった。

Ⅲ. 考察

性暴力被害者支援は、1971年にパークレーで起きたレイプ事件をきっかけに、カリフォルニアに全米で最初に市民が Bay Area Women Against Rape (BAWAR) というレイプ・クライシスセンターを立ち上げたことから始まる。このようなセンターには5種類あり、①訓練された医師と警察等との連携型、②US, カナダ, UK でみられる性暴力専任看護師 (SANE) 主体型、③カナダ、ドイツ、スイス、UK、オーストラリアでみられる病院付属性暴力救援センター型、④北欧でみられる拠点病院型で女医主導、豊富な国家予算により運営される卓越センター型、⑤多くの途上国にみられるワンストップ型⁵⁾ で、現在全米で1100以上、イギリスには約44カ所設置され、ヨーロッパ全体では30カ国以上をカバーするレイプクライシスネットワークが活動している。

一方、日本における2015年度の性暴力被害は、強姦1,250件、強制わいせつ7,400件 (男女計)⁸⁾ であるが、警察に被害を届け出る女性はわずか18.5%に

過ぎないと報告⁹⁾ されている。また、女性の6.5%は異性から無理やりに性交された経験があり、加害者との関係では全く知らない人は11.1%に過ぎず、交際相手・元交際相手が約3割、配偶者・元配偶者が約2割、親・兄弟・親戚が8.5%、職場・アルバイトの関係者が13.7%、知人が4.3%と、知っている人が7割強を占めている。被害後は67.5%がどこにも相談しておらず、相談した相手は、友人・知人が22.2%、家族・親戚が5.1%で、警察、医療関係者はそれぞれわずか4.3%、1.7%であると報告¹⁰⁾ されている。

日本における性暴力被害者支援を考える上で、RTSCから学ぶことは多い。そこでRTSCと日本のSACHICO、さひめを、1.相談件数、2.被害者と加害者の関係、3.法医学的診察と証拠採取、保管、4.心理学的治療 の点から比較検討する。

1. 相談件数

RTSCはレイキャビックとその周辺の19.5万人を対象とし⁴⁾、年間来所者は約120人で来所率は0.062%である。一方、大阪府 (人口883.9万人、2016年11月現在) を対象としたSACHICOに5年間 (2010年4月-2015年3月) に来所した被害者は983名¹¹⁾ で、年間来所率は0.0022%である。また島根県 (人口68.9万人、2016年11月現在) にあるしまね性暴力被害者支援センターさひめに3年間 (2014年1月-平成2016年12月) に来所した被害者は20名で、年間来所率は0.00096%である。対象人数の選択方法や、大阪や島根では同じ地域に別のワンストップセンターがあるなどから単純に比較はできないが、RTSCの来所率はSACHICO、さひめの約30-60倍である (表7)。

表7.来所率の比較

	来所者数 (人/年)	対象人口 (万人)	来所率 (%)
RTSC	120	19.5	0.062
SACHICO	193	883.9	0.0022
さひめ	6.7	68.9	0.00096

RTSCに比較してSACHICOやさひめの来所率が低い理由を推察すると、①日本で性暴力被害が少ない、②性暴力被害を言いにくい文化的背景、国民性、③ワンストップセンターが国民に周知されていない、などが考えられる。

アイスランドの来所率は日本に比べて高いが、「北欧諸国における産婦人科での情緒的、身体的、性的暴力被害調査」¹²⁾によると、多くの被害者は産婦人科受診時に被害を話さないため、産婦人科医が被害について念頭に入れることが重要と報告している。また社会統計学的に、「フィンランドでは40%の成人女性が15歳の誕生日までに男性から身体的、性的暴力を受けている」¹³⁾などの性暴力被害についての正しい情報をメディアが報じることで、社会における暴力に対する知識と妥当性を増やす¹²⁾と啓発の重要性を強調している。さらに北欧4か国の首都にあるセンターの調査で、OsloとReykjavikの多分野からなるオープンセンター方式と、CopenhagenとHelsinkiの警察に訴えた被害者のみが法医学的な診察を受けるセンターを比較し、被害者はオープンセンターに数倍多く訪れていると報告¹⁴⁾している。

以上よりRTSCの来所率は、不断的努力により高くなっていると考えられ、現在の日本の低い来所率が、性暴力被害が少ないためと結論付けるのは早計であり、まず性暴力被害を訴えやすい環境を

整え、国民に周知していく必要がある。今後日本で来所率を増やすためには、国家の予算による安定した運営で、オープンセンター方式、メディアを巻き込んだ周知や啓発が重要と考えられる。

また、RTSCでは少数であるが男性も来所していた。日本では対象を女性に限定しているところが多いが、近年男性、LGBTに対する性暴力被害が報告¹⁴⁾されており、今後は男性被害者に対する支援の必要性が示唆された。

2. 被害状況と加害者の関係

被害者は、RTSCにおいて25歳以下が約7割で、警察に通報したケースが約半数、複数加害者によるものが約1割、事件時にアルコールによる意識消失が約3割で、加害者との関係は約半数がほとんど知らない人であった。SACHICOの報告¹¹⁾でも同様に、被害者の6割以上は10代で、アルコール使用、ネットでの接触、集団レイプなどの問題があることを指摘している。日本において、昨今有名大学生によるアルコール使用時のレイプ事件が報道されたが、国民に対して性暴力被害に対する教育はほとんど行われてこなかった。

今後、若者に対してアルコール使用、ネットでの接触が性暴力被害のハイリスクであることや、被害に遭った時に緊急避妊ピルやワンストップセンターの存在を教える性暴力防止プログラムの必要性が示唆される。

3. 法医学的診察と証拠採取、保管

RTSCにおいては、本人の同意があれば警察に届けるか否かに関わらず証拠採取・保管が可能であった。一方、日本においては、ようやく一部で警察が証拠採取キットを産婦人科に配布する試み

が始まったところである。今後、どのワンストップセンターにも証拠採取キットが配置され、正確な説明と同意がなされ、保管される体制の確立が望まれる。

4. 心理学的治療

RTSCにおける心理学的治療は、NICEガイドライン⁶⁾に従ったトラウマに焦点を当てた認知行動療法で、エビデンスに基づく標準化された治療であった。一方、日本においてトラウマ治療を行うことができる専門家は限られており、多くのワンストップセンターにおける心理的支援は、アセスメントと安全な環境の確保、本人・周囲の人への心理教育¹⁵⁾が中心となっている。PTSD治療に関して小西は、「治療の第一選択としてトラウマに焦点を合わせた認知行動療法（特に暴露療法）、SSRIの薬物療法とEMDRをあげているが、これらは習得に時間がかかり、技術レベルが保たれる保障が必要」¹⁶⁾と述べている。今後、日本においても性暴力被害に対する心理学的治療の専門家が増え、効果の高い治療が行われることが望まれる。

今後、日本におけるワンストップセンター来所者数の集計、正確な統計学的解析を行い、他国との比較検討を進めながら、センターのあり方を考えていくことが肝要である。

IV. 結語

アイスランドのRTSCを視察し、日本のワンストップセンターのあり方を考えると、国家予算による安定したセンター運営、男性被害者に対する支援、メディアを巻き込んだ性暴力被害に対する教育や対処法の啓発、若者に対する性暴力防止プログラムが重要と考えられた。

また、ワンストップセンターにおける質の高い法医学的診察や証拠採取、心理学的治療を行うことが重要と考えられた。

参考文献

1. 加藤治子:性暴力救援センター・大阪(SACHICO)開設の経緯と現状について:トラウマティック・ストレス 8 (2), 46-55.2010
2. 内閣府犯罪被害者等施策推進室:性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター設立の手引.2012
3. 河野美江:しまね性暴力被害者支援センターさひめ設立の経緯と現状. 島根大学社会福祉論集 5,41-50.2015
4. Gudrun Agnarsdottir: The Rape Trauma Service Centre (RTSC) at the Emergency Department(ED) of the National University Hospital, Reykjavik, Iceland. 2002
5. Liz Kelly and Linda Regan: Good Practice in Medical Responses to Recently Reported Rape, Especially Forensic Examinations. Rape Crisis Network Europe,2003
6. Clinical guideline [CG26]: Post-traumatic stress disorder: management: NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
7. Agnes Björg Tryggvadóttir: Eðli og alvarleiki hjá þolendum kynferðisofbeldis sem leita til Neyðarmóttöku LSH, 2008
8. 法務総合研究所:平成27年度版犯罪

- 白書, 2015
9. 法務総合研究所：第4回犯罪被害実態（暗数）調査について「平成25年度版犯罪白書」, 2013
 10. 内閣府男女共同参画局：男女間における暴力に関する調査（平成26年度調査）, 2015
 11. 内閣府男女共同参画局：性犯罪被害者等のための総合支援に関する実証的調査研究報告書（平成27年度調査）. 108-118, 2016
 12. Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum H, Halmesmäki E: Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study: a Nordic cross-sectional study. *Lancet*. 361(9375):2107-13, 2003
 13. Heiskanen M, Piispa M: Faith, Hope, Battering: a survey of men's violence against women in Finland. Helsinki: Statistics Finland, 1998
 14. 北仲千里：あらゆる性別を包括するドメスティック・バイオレンス政策への課題. フィールド・レポート, ジェンダー& セクシュアリティ. 国際基督教大学ジェンダー研究センター, 5号, 95-108, 2010
 15. 吉田博美著, 小西聖子編：性暴力被害者のメンタルヘルスと治療. 犯罪被害者のメンタルヘルス 144-170. 誠信書房, 2008
 16. 小西聖子編著：犯罪被害者の実践的治療. 犯罪被害者のメンタルヘルス 144-170. 誠信書房, 2008

地方議会の女性議員を増やすための取り組みについて

島根県議会議員 白石 恵子

* 韓国のクオータ制について

2016年7月25～30日、韓国を視察した。日本ではあまり知られていないようだが、韓国は2000年から国会議員にクオータ制を導入。順次改定しながら現在は地方議会にも導入されている。当然、日本より議会における女性議員の割合は日本より多く、17.1%である。(日本の衆議院8.1%)

また地方議会では、ソウル市が現在19.8% (日本平均12.1%、島根県8.1%) である。

* 導入の経過

民主化に努力した盧武鉉大統領、金大中大統領時代に女性政策が進み、全国321にも上る政党や主義主張を超えた女性団体の連帯による積極的なロビー活動がそれを後押しした。また1995年に中国北京で行われた「世界女性会議」で採択された行動綱領「政治的意思決定の場に女性を！」が大きな影響を与えた。

* 進化の流れ

国会では

2000年：国会議員の比例代表候補者30%を女性とするクオータ制導入。

2004年：国会議員比例候補者50%を女性に、選挙区候補者30%を女性に。

地方議会では

2002年：地方議会議員候補者名簿の50%を女性とするクオータ制導入。

その後も比例代表の奇数番号を女性にする、選挙区内の基礎自治体に女性議員がない国会議員は次の総選挙で公認されない、などのルールを制定。

* 女性団体の力

このようにクオータ制の導入に留まらず、進化させてきたのは女性団体の力が大きく寄与している。候補者を推薦したり、改正を目指してロビー活動を活発に行う、国会前で連日デモや集会をする、国会を傍聴するなど「真の女性参政権運動」を展開した。今後もパリティ導入や選挙区での女性枠30%強制化などを目指している。

* 日本では

今超党派議員で「政治分野における男女共同参画の」推進に関する法律案が上程されているが、成立は難しい。せめて政党内だけでも独自に導入してほしいと訴えているが、男性候補者から憲法で保障されている「平等」に反すると反対の声が高い。地方議会には女性議員がない議会が市区50、町村318ある。

地方議会の女性議員を増やすための取り組みについて

～韓国との比較から考える～

韓国のクォーター制

- ▶ 金大中大統領時代:女性省の設置・女性発展基本法の改正によるポジティブアクションの強化等
- ▶ 2000年:国会議員の比例代表部分に30%を女性とするクォーター制導入(努力義務)
- ▶ 2002年:地方議会議員候補者名簿の50%を女性とするクォーター制導入
- ▶ 2004年:国会議員女性比率50%に、小選挙区で30%を女性候補に
- ▶ 更に、パリティ法の導入、選挙区で30%女性枠の強制化等を目指している

女性の連帯 その1

- ▶ クォーター制はどのように実現されたか
- ▶ 15代キム・デジュン、16代ノムヒョン2人の民主化に努力した大統領の誕生
- ▶ **全国321にものぼる保革を超えた女性団体の連帯**によるロビー活動(議会傍聴、要請、デモ、集会等)
- ▶ 1995年北京女性会議の影響:政治的意志決定の場に女性を! (行動綱領)

女性国会議員の増加

- ▶ 2000年の選挙では比例代表にクォーター制(30%)が導入され、16人(5.9%)の女性議員が誕生
- ▶ 2004年には更に強化され、50%に。また選挙区では30%としたことで、39人(13%)
- ▶ 2008年13.7%、2012年15.7%
- ▶ 2016年17%(小選挙区26人、比例25人)



クォーター制の進化

- ▶ クォーター制改正にも女性運動の力が大きい
- ▶ 女性候補者推薦や改正を求めるロビー活動、議員個人々人への改正要望、国会前のデモ・集会、議員への要請等

地方議会

- ▶ 2002年に導入
- ▶ 改正: 比例代表名簿の奇数番号に女性候補を位置づける、選挙区内に女性議員が1人もいない国会議員は次の選挙で公認されない、等のルール設定
- ▶ 現在ソウル市議会では議員106名中女性議員は21名(19.8%)
- ▶ その結果、女性施策の充実、担当部局の格上げ、関連予算の増加等の成果が



日本は、、、

- ▶ 2000年総選挙時の衆議院女性比率: 7.3%
- ▶ 現在: 衆議院8.1%、参議院20.7%

GenderGAP指数

- ▶ 2014年: 日本104位、韓国117位(142ヶ国中)
- ▶ 2015年: 日本101位、韓国115位(145ヶ国中)
- ▶ 2016年: 日本111位(過去最低)韓国116位(144ヶ国中)
- ▶ 比較すると、日本は4つの指標の3つで韓国を上回っているが、政治分野の指数がかなり低い。(韓国0.1117、日本0.0583)
- ▶ 主要7ヶ国中最下位

地方議会は

- ▶ 2015年6月1日現在、12.1%(4,078人)
- ▶ 最高: 東京都25.5%、最下位青森県6.1%
- ▶ 議会別: 都道府県議会最高: 京都府議会20%
 - : 市区議会最高: 清瀬市45%
 - : 市町議会最高: 大磯町57.1%
- * 女性ゼロ議会: 市区議会50(813中)
町村議会318(928中)
- ▶ ちなみに島根県議会は、女性が参政権を得てから2人の女性議員が各1期のみ。'07年に2人当選し、現在3期目。'11年から3人に増加。(8.1%)

女性の連帯 その2

- ▶ 韓国挺身隊問題対策協議会: 慰安婦問題解決のため、'90年設立。中心となったイ・ヒョンジュ氏は民主化時代に女性団体の設立に寄与され、**設立には37の女性団体が結集した。**
- ▶ 昨年暮れの日本と韓国の最終合意は、被害者も挺対協も受け入れられない、として**400の女性団体による「日本軍従軍慰安婦問題解決のための全国行動」を結成した。**
- ▶ 光州事件など韓国の民主化運動の歴史の中でも女性達の果たした役割は大きい。

戸主制度廃止運動

- ▶ '05年民法改正、戸主制度廃止。'08年施行。
- ▶ 女性達の長い運動の成果
 - : 女性の早期退職の慣行: 交通事故の賠償金が26歳までしか賃金をもとに計算されなかった事件('83)
 - : **女性団体による戸主制廃止本部設置**
- ▶ →男性を巻き込んだ市民団体連合へ
- ▶ →マスコミ、司法、立法を味方に
- ▶ →文化的要素の取り入れ(男優を広告塔に)

女性の連帯の力

- ▶ 韓国の女性政策: 女性運動、女性団体がイニシアチフを取って、作っていく
 - : 制度を作る→発展させる←女性団体の力
- ▶ 日本は: DV防止法は同じような法案成立から、成熟への流れがあったが、..

「地域における女性問題の解決に向けて」来場者アンケート（2016/11/5）

本日はご参加いただきありがとうございました。

今後の参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力をお願いいたします。

○所属 あてはまるものに✓をつけてください。

A 学内：(学部： 所属：)
 教員 技術系職員 事務系職員 学生・院生 その他

B 学外：(よろしければ所属、居住所の市町村をお書きください))
 会社員 自治体職員 他機関研究者 報道機関 その他
 一般 (市内・市外)

○B 学外と回答された方にお尋ねします。本会のことをどちらでお知りになりましたか？

島根大学 HP・FB・チラシ・()
 職場 新聞 テレビ 知人より その他 ()

○シンポジウムの中で関心があった内容を教えて下さい。

○今後、「女性問題の解決に向けて」どのような内容を聞いてみたいですか。

○シンポジウムについてご意見・ご感想がありましたら、自由にお書きください。

ご協力いただきありがとうございました。受付前のボックスに御投函ください。

「地域における女性問題の解決に向けて」来場者アンケート（2016/11/5）

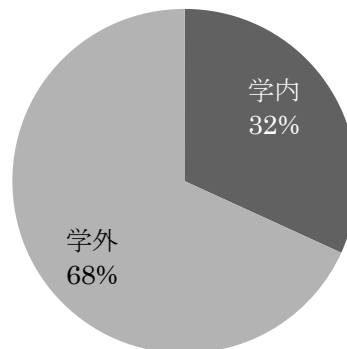
○所属 あてはまるものに✓をつけてください。

A 学内：(学部： 所属：)
 教員 技術系職員 事務系職員 学生・院生 その他

学内・学外区分

学内学外	
学内	7
学外	15
計	22

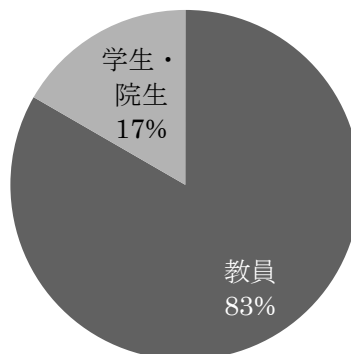
参加者内訳



学内_職種

職種	人数
教員	5
学生・院生	1
計	6

学内参加者職種



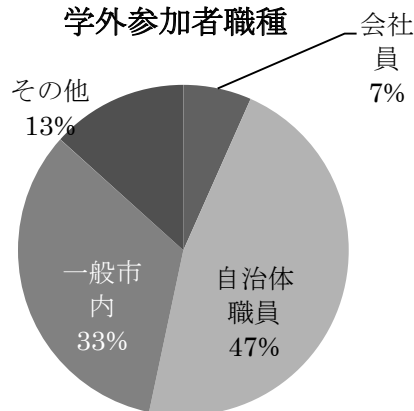
B 学外：(よろしければ所属、居住地の市町村をお書きください))

会社員 自治体職員 他機関研究者 報道機関 その他
 一般 (市内・市外)

学外_職種

職種	人数
会社員	1
自治体職員	7
一般市内	5
その他	2

学外参加者職種



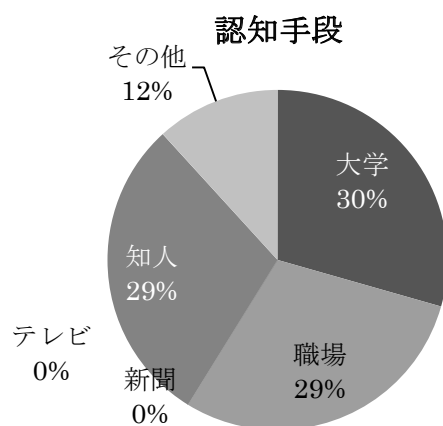
○学外と回答された方にお尋ねします。本会のことをどちらでお知りになりましたか？

- 島根大学 HP・FB・チラシ・()
 職場 新聞 テレビ 知人より その他()

認知手段(複数回答)

内訳	件数
大学	5
職場	5
新聞	0
テレビ	0
知人	5
その他	2

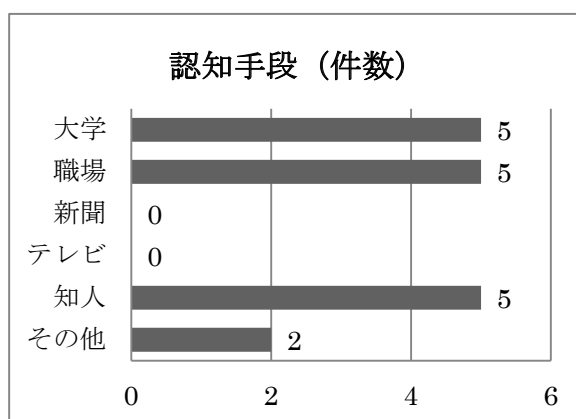
※重複回答は1名のみ



認知手段(大学)

内訳	件数
HP	0
FB	1
チラシ	2

※重複回答なし

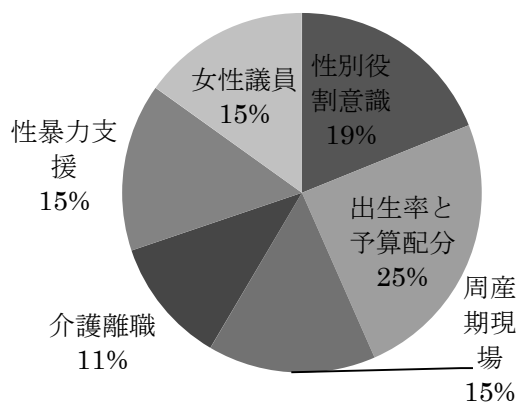


○シンポジウムの中で関心があった内容を教えてください。

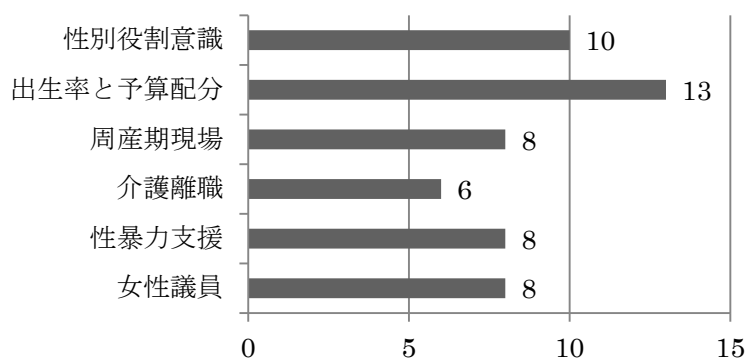
関心内容(複数回答)

	件数
性別役割意識	10
出生率と予算配分	13
周産期現場	8
介護離職	6
性暴力支援	8
女性議員	8

関心内容



関心内容 (件数)



- 全ての講師の話がよかった。
- それぞれ興味深い内容でした。
- それぞれみな関心があった。
- 人びとの性別役割意識の現状 6名
 - ・日本学生の男女意識のずれのなさにびっくりしました。
 - ・日本において男女の規範の差が小さいということを再確認した。諸外国において物事が進む背景としての女性の連携・行動が力であったと思うと、物事を変えていくことの難しさを感じた。女性自身がどう意識を持っていくか、考えを深めていきたいと思った。
- 出生率と予算配分のデータから読み取れること 11名
 - ・このような視点が重要だと思いました。ただもう少し要因を細かく分析してあるとよいのではないかと思います。
 - ・理系からの発表が興味深かったです。5年という具体的な数字が出ていて良い参考になります。
 - ・教育費と土木費関係が興味深かった。
 - ・引き続いて研究して欲しいです。
 - ・今後もっと掘り下げて、数値化にして欲しい。
 - ・土木予算が出生率を上げるという結果に？もう少し詳しい分析を望みたい。福祉関係者と連携して。
- 周産期現場における現状と支援 5名
 - ・特定妊婦の現状を把握は大変だと思う。
 - ・教育の重要性を感じた、子育て支援＋母親支援
- 介護離職への対応 介護する家族に対する社会的支援 3名
- 性暴力被害者への支援 5名
- 地方議会の女性議員を増やすための取り組み 4名

○今後、「女性問題の解決に向けて」どのような内容を聞いてみたいですか。

- Gendar gap について
- 教育現場(小・中・高)の現状や取り組み。DV 対策の現状や課題
- 仕事と家庭の両立。女性の認識の格差(主婦信仰と自立など)はあるのか、なぜあるのかなど。
- 教育現場の人事
- いろいろな分野の先生の話が聞きたい
- 労働分野における女性の問題(低賃金、セクハラ)
- 一般企業の女性管理職(工夫、困難、やりがい、両立)の方の話が聞いてみたい。
- 女性相談を受けています。社会意義が男女優位から変わっていないとつくづく感じています。教育が大切だと思います。
- 男性の働き方や意識の改革
- シングルマザーの生活や困りごとの現状
- 企業の管理職の女性を増やすための課題と対策。
- 103 万、130 万の壁と女性の意識

○シンポジウムについてご意見・ご感想がありましたら、自由にお書きください。

- 興味深いテーマが多々ありました。全ての発表に資料があれば嬉しかったです。
- とても良い勉強の機会でした。今後も学外に向けたこうした機会を作ってください。資料はあった方が良いでしょう。
- ディスカッションの時間がもっとあれば良いでしょう。
- とても有意義でした。継続開催を希望します。全シンポジストのレジメが欲しいと思いました。
- いろいろな視点からの話が聞けて、勉強になりました。また、このようなシンポジウムを開催していただけたらと思います。
- 短時間にいろいろな内容の話を伺うことができとても参考になりました。これらが連携すること、女性が生きやすい社会を作るためのヒントとなるワードがたくさんあったのではないかと思います。
- すごく聞きたかったのですが、聞けなくて残念です。
- 今回、横断的に女性問題を聞くことで、世界における日本での女性の問題。一見女性優遇策をとっているようで女性の自立ををはばんでいる…が、よくわかった。大学で学生に教育することの重要性・行政と連携することの意見など考えさせられた。
- 「出生率と予算配分のデータからよみとること」が、興味深かったです。
- 女性がかかえる問題は、多岐に渡ることを再認識しました。
- 印象的だったこと…教育が大事(周産期で)

- 見通しをたてる力、他者との支え合い等、人格形成には、社会的、経済的安定(安心)があつてこそと、お話を聞いて感じました。そのような世の中であるために、年代を通じて、経験、実践、考察、知識の共通のつながりを持たせる教育であつてほしいです。安心、安定の対極にある不安、不信は、断絶と過剰反応を招くように感じます。すぐに結果はできませんが、教育の力を信じています。
- とても有意義でした。
- 途中から参加しましたが、大変勉強になりました。
- とても勉強になりました。先生方はきちんと調査され、数字が出ているので説得力があります。片岡先生の比較論、日本と韓国だとどんな結果が出るでしょうか。
- どの発表も興味深い内容ばかりでした。全体を通して教育の重要性を改めて認識しました。また、出生率と予算配分については、分析手法が自身の専門分野と近いこともあり参考になりました。
- 発表を半分くらいに絞って、意見交換する時間をもっとあつてもよかつたかもしれません。



人とともに 地域とともに
国立大学法人

島根大学

「地域における女性問題の解決にむけて」
シンポジウム報告書

平成29年2月

島根大学「地域の女性支援プロジェクト」発行