

<表 15>市町村別妊娠届出から個別支援に結びつける工夫（不明除く）

	特別区・政令市	市	町	村	合計
保健師面接**	86(72.3)	346(80.7)	378(85.3)	63(91.3)	873(82.4)
アンケート実施**	21(17.6)	177(41.3)	206(46.5)	23(33.3)	427(40.3)
保健センターに情報**	38(31.9)	58(13.5)	38(8.6)	3(4.3)	137(12.9)
支援基準あり**	69(58.0)	142(33.1)	45(10.2)	7(10.1)	263(24.8)
その他	9(7.6)	30(7.0)	41(9.3)	6(8.7)	86(8.1)
合計	119(100.0)	429(100.0)	443(100.0)	69(100.0)	1060(100.0)

** p<0.01

<表16>妊娠届出から個別支援に結びつける工夫その他（保健センター設置主体）

- ・保健師が全妊娠届をチェックし、要支援者を抽出する(特別区・政令市)
- ・妊娠中に心配事の把握欄を届出用紙に欄を設けている(特別区・政令市)
- ・父子健康手帳を配布（平成17年度から）(特別区・政令市)
- ・里帰り先の連絡先の把握（市）
- ・希望があれば訪問を行なうという案内を渡している(市)
- ・カルテをつくり妊娠から子どもが3歳半でNPとなるまで管理（市）
- ・助産師訪問の周知チラシ(市)
- ・交付日を設定し、その日に個別で保健師が応じている(市)
- ・健康相談実施（市）
- ・届出の場で全員に訪問の承諾を得る(市)
- ・届出時（交付日）に6ヶ月児乳児相談を同時開催、妊婦と乳児の触れ合い体験を実施している(市)
- ・交付日を決めて保健・栄養・歯科指導を合わせて行っている(町)
- ・30週前後に妊婦全数訪問（町）
- ・虐待予防視点のアンケート(町)
- ・出生時に全数訪問する(町)
- ・母子保健推進員の訪問（町）
- ・届出時に助産師と面接（町）
- ・地区健康づくり推進員の紹介(町)
- ・妊娠届出時に妊婦訪問（全妊婦）実施について了解を得ている(町)
- ・妊娠訪問の代わりに前期・後期1回ずつ来所してもらい、保健師が面接（アンケートをとり、情報をもとに指導する）(町)
- ・届出時に予防接種手帳交付のため保健センターへきてもらっている。そこで把握（町）
- ・全妊婦について16週、32週に保健指導実施(村)
- ・育児支援の会「ひよこの会」対象を妊娠期からとしている。ひよこのおたよりを月1回発行。個別に郵送している(村)

(8) まとめ

32.4%の保健センターで家庭訪問を行った妊婦は0人であった。人口千人あたりの家庭訪問人数は村が1.6人と多かったが、特別区・政令市は0.2人と少なかった。対象者の把握は妊娠届出からが多かったが、その他では特別区・政令市や市は産科医療機関と連携したハイリスクアプローチが行われており、町や村では全数家庭訪問などのポピュレーションアプローチが行われていた。家庭訪問で行っている内容は、不安の軽減や保健師との信頼関係構築が多かったが、特別区・政令市や市では家族調整や医療機関連絡調整などハイリスクへの支援が行われていた。

これらのことから、以下のことが必要である。

①ハイリスクの把握と家庭訪問の必要性の認識

3分の一の市町村で妊婦への家庭訪問が実施されていないことから、妊娠期からの家庭訪問が有効なハイリスクはどのような対象者なのかを明らかにするとともに、リスクのある対象者に家庭訪問が必要であることの共通認識を持つ必要がある。

②子どもとの愛着を形成する支援方法の確立

妊婦へは家庭訪問がなされていても平均1.48回であった。家庭訪問において愛着形成を促す具体的な支援方法やどれくらいの家庭訪問が必要であるのかを検討し、妊娠期からの支援マニュアルを作成する必要がある。また、支援方法の普遍化をはかる研修を実施する必要がある。

3. 周産期と子ども虐待

(1) 周産期の虐待

虐待に関しては児童虐待ということばにみられるように、出生後の虐待対策が中心であり、妊娠中の虐待についてはあまりとりあげられてこなかった。しかし、妊娠中の虐待として、発生は少ないと思われるが身体的虐待、ネグレクトがある。

例えば、身体的虐待として、妊娠を機に妊婦の関心がパートナーから胎児や妊娠へ移ったり、期待していない妊娠で胎児への憤りによって、パートナーが、妊婦の腹部への暴力(DV)をとおして胎児への虐待を行う。あるいは胎児へのネグレクトとして、妊婦自身の精神的な安定が得られず胎児を全く配慮しない行為をとったり、薬物、飲酒や喫煙等により間接的な方法で胎児を守らない行動をとり、結果的にはネグレクトになることがある。特に多量の飲酒は「胎児アルコール症候群」として、軽度から中度の知的障がいや短身や小頭症など成長障がいが起こることが知られている。しかし、親はこれらの状況を訴えない場合も多く、把握しにくい状況にある。

一方、周産期に把握できるリスクあるいは虐待の徴候は、出生後の虐待を予測できるものであり、それも重度の虐待につながる可能性がある。重度の虐待は、死に直結するものであり、虐待による死は防止しなければならない。

(2) 周産期に把握すべきリスク

①虐待による死亡事例の分析結果にみるリスク

厚生労働省により平成19年6月に発表された「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第3次報告)」の分析では、0歳児の死亡割合が約4割であり、妊娠期からの支援を強化する必要がある。

死亡事例の分析からみた妊娠中の課題として、以下のことがあげられている。

- ・望まない妊娠は低年齢児の死亡リスクの大きな要因
- ・妊娠期の問題－母親自身が何らかの葛藤を有している可能性があるケースが約2割－
(母子健康手帳未発行、望まない妊娠/計画していない妊娠、妊婦健診未受診あり)
- ・養育家庭の経済状態－経済的困難の家庭の割合が高い－
- ・地域社会との接触－地域社会との接触が乏しい事例が約7割－
- ・実母の心理的・精神的問題－育児不安又はうつ状態が約4割の事例に存在－

②妊娠中に把握できるリスク

保健機関は、妊娠中のリスクとして、医学的なリスクだけでなく、社会・心理的なリスクを把握する必要がある。

- ・母子手帳の発行の時期・・・妊娠後期や出産後
- ・妊婦健診の未受診
- ・妊娠後期になっても出産する場所が決まっていなあるいは飛び込み出産
- ・生活のストレス・・・経済問題、パートナーとの関係
- ・婚姻状況・・・未婚、内縁
- ・相談者や産後の協力者・・・パートナーや実家の協力
- ・妊娠についての受容や思い・・・望まない妊娠かどうか、胎児への関心
- ・生育歴
- ・妊娠出産歴・・・第1子を10代で出産、多子、多胎妊娠、低出生体重児
- ・合併症・・・慢性疾患、精神的な問題

これらのリスクは、保健機関では母子手帳の交付時、両親学級、電話相談など様々な場面で把握できる。最近では、地域の妊婦全員に会える機会である母子手帳の交付時に面接をするなど妊娠中からの対策も進んできている。

また、保健機関だけで把握するのではなく、医療機関との連携(看護職同士の連携)により把握することが考えられる。医療機関と連携することによる、より早期に把握でき、把握できる内容も広がる。

(3) 妊娠中からの支援

虐待を予防するためにも、妊娠中からハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチの両輪で行うことが必要である。

ハイリスクアプローチでは、虐待のハイリスクを的確に捉え支援を開始する必要がある。妊娠中は家庭訪問しても不在の場合も多く、かつリスクを把握した時には妊娠中期から後期の場合があるので、出産に向けて経済的な問題、婚姻状況、産後の協力者の確保などリスクに応じて集中的に支援する必要がある。

ポピュレーションアプローチでは、両親教室などをとおして、多くの人が満足した妊娠・

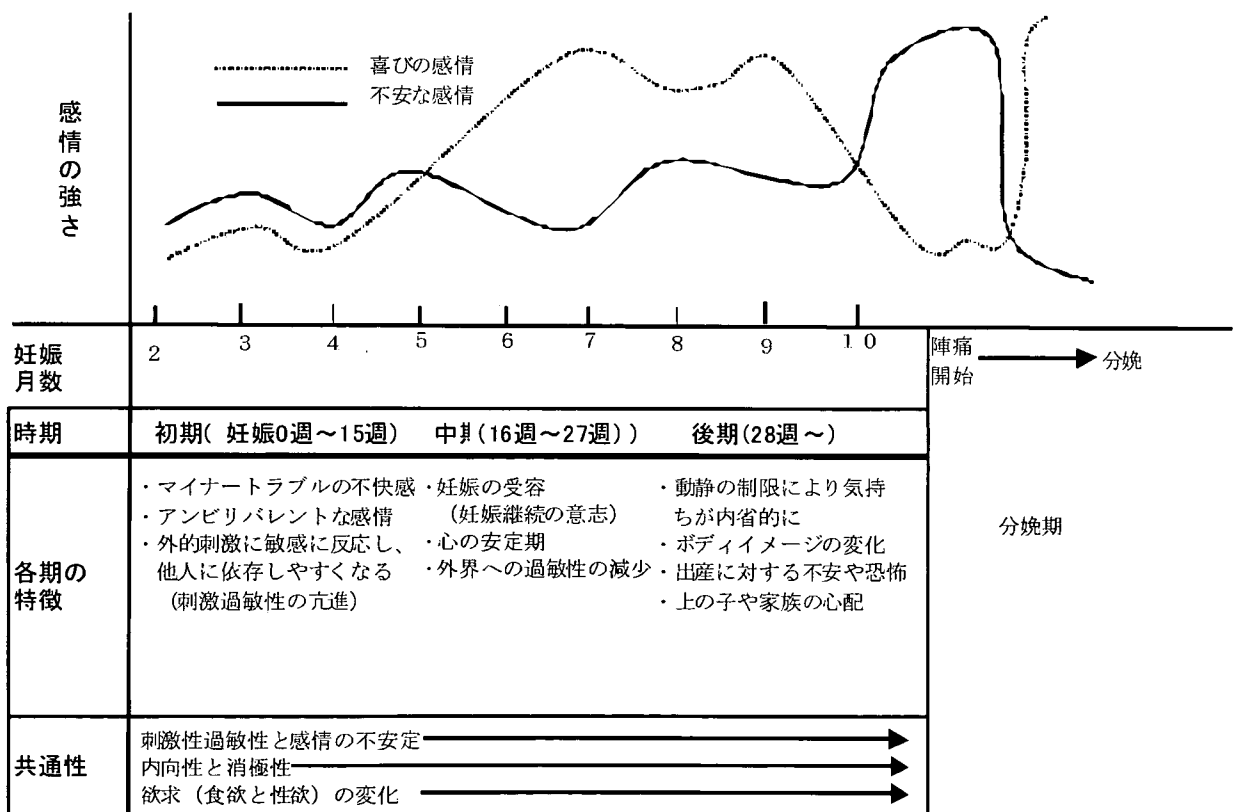
出産を行い自己評価を高め、育児に困った時や育児が負担な時には上手に相談機関や支援機関を活用できるように情報の提供や育児の仲間のできるように支援する必要がある。また、妊娠中から支援することにより、産後の支援が行いやすくなるというメリットがある。

4. 妊娠経過と心理

多くの女性は妊娠を喜び、子どもをもつことに期待をふくらませる。しかし、妊娠は女性にとって心身ともにストレスの多い状況でもある。妊婦の情動は、妊娠時期それぞれにおける身体状況の変化や内分泌環境の変化に影響を受ける。正常な妊娠経過であっても、女性の身体に大きな変化が起こり、特にホルモンバランスの変化が心理状態にも影響を与え、心理的に不安定になる場合が多い。また、社会的には一人の女性から母親へと役割変化していく中で、葛藤や不安を感じやすい時期でもある。

全期にわたる共通の心理は、感情が①刺激に過敏な反応を取りやすくなること②物事に対して内向性、消極性になること③基本的欲求の変化が起こり、特に食欲や性欲に普段と違う反応が現れる。といわれている。また、カプランは、「妊娠初期は初妊婦の85%に否定的な感情がみられるが、妊娠4ヶ月の終わりになると妊婦の85~90%が妊娠を受け入れるようになった」と報告している。心理的な感情は具体的には妊娠期の中でも初期、中期、後期とおおよそ3期にわたって変化するとされている(図13)。

<図13> 妊娠時期と感情の変化



(我部山キヨ子: 妊婦の意識の変化、ペリネイタルケア、13(1)、p37、メディカ出版、1994、改変)

(1) 妊娠初期（妊娠0週～15週）の特性

最近では、超音波診断法によって早期に胎児の存在を知ることができるため、早くから母親となることへの実感をもち始める。多くの妊婦は、妊娠を喜びとし、周囲の気づかいはうれしく受けとめ、それにより妊婦としてとるべき態度や行動を取り入れるようになる。しかし、同時に、ホルモンの変化から、気分が昂揚したり落ち込んだり、涙もろくなったり、と気分の変動は著しいことが多い。「幸せだけど・・・」「嬉しいけれど・・・」などアンビバレント（両面的）な感情がおこりやすい。8週あたりから起こるつわりもこれを増長させる。

一方、妊娠初期には、妊娠によって生じる眠気やつわりなどの症状はあるが、妊娠している実感や胎児の存在感がない場合もあり、妊娠に伴う身体的変化がわずかであり、心身の変調が妊娠と結びつかないことがある。就業者の場合、職場の上司や同僚が妊娠の事実を意識化できていなかったり、本人が妊娠は生理的なもので、とくに仕事に影響がないと認識していると、今までと同等の社会的役割が期待され、それを担おうとし、無理をしているにもかかわらず思うようにいかないことで葛藤を生じ、悲観的になることもある。逆に、周囲が妊婦への気づかいを示し社会的役割の負担を軽減しようとするすることで、妊婦が焦燥感や無力感を感じることもある。

このように妊娠初期の妊婦の心理は、喜びと不安などのアンビバレントな心理状態であることが多く、その程度は、年齢や時期、就業の有無など社会的環境によって大きく異なっている。さらに、妊婦を取り巻く家族やパートナーとの関係は妊娠初期の心理に大きく影響を与える。最近では、未婚の状態でも妊娠をむかえる女性も増えてきている。妊婦自身も、周囲の人間も妊娠を肯定的に受け止められるような状況を整えることが重要であろう。

(2) 妊娠中期（妊娠16週～27週）の特性

妊娠中期になると胎盤が完成し、胎児の発育環境としての母体が安定して、つわりや妊娠初期の不快感が徐々に消失する。また、胎動初覚によって母親となる実感や胎児への愛着をもつようになり、心理的にも安定してくる。さらに、腹部の増大に伴い、周囲から妊婦として注目されることに心地よさを感じるようになる。この時期は胎児と自分自身に関心が向き、周囲への依存心が高まると言われ、受容的で自己中心的な心理状態になるとも言われている。

一方、育児用品を選んだり、母親学級などに行ったり、友人たちと会うなど外出の機会も増え、妊娠、出産、育児に関する情報を集めるようになる。また、母親や姉妹、友人など身近な女性を役割モデルとして、理想的な母親役割をイメージするようになる。

プロゲステロンの分泌の影響を受けて、気持ちよさを感じたり、自己陶酔的な状況になったりするとともに、「母親になる」という実感がわき、幸福感に満たされることが多くなる。腹部が増大し胎児の存在が周囲の人にもわかるようになり、妊婦としての自覚が高められ、他者からの声かけなど自分に注目が向けられていることを心地よく感じるということもある。

(3) 妊娠後期（妊娠28週～）の特性

腹部の膨大などの体形の変化や、妊娠線の出現によってボディイメージが変容する。

多くの妊婦は肯定的に受け止めるが、妊娠に否定的であったり不安が強い場合は、身体的な変化を受け入れられない場合もある。

また、妊娠後期には分娩への関心が大きくなる。早く産みたいという出産への期待感とともに、分娩に対する不安や恐怖、健全な児が出生するか否かへの不安感情も高まる。

腹部の増大に伴って動作が緩慢になる。動きづらい、脚や腰への負担が大きく外出が億劫になる、頻尿や不眠という身体的変化の影響を受けて、気持ちが内向的になりやすくなる。自分および胎児の健康状態、自分の身体におこる不快症状のこと、目前に迫ってきた出産への不安に関心が高まる。37～38週をすぎると、「もう生まれても大丈夫」という安心感とともに、まもなく児に会えるという期待感も高まる。さらに、生まれた後の児との生活への思いをはせることが多くなる。家族が増えるという実感が起きてくる。

支援者は妊娠全期を通じて、妊娠の喜び、つわりなどの苦しみ、胎動に対する喜び、子どもに対する期待、分娩に対する不安などを分かち合い、その気持ちに寄り添い、支えることが重要である。夫や双方の両親など、家族とともに、できれば同じ支援者が妊娠初期から分娩期まで継続的な支援を行うことが望ましく、それは虐待防止の対策としても効果が期待される。

5. 生育歴と妊娠・出産

妊娠・出産は、母親にとり自分の母親との関係を意識させられる時である。胎動が始まり、陣痛・出産の痛み、新生児期の夜昼がない哺乳・・・いずれもが自分の親もこのように私を生んだのだろうか、このように世話をしてくれたのだろうかと繰り返し考えさせる。親との関係を肯定的にとらえられなかった場合自分の子どもも肯定的にとらえにくく、子どもであった母親の葛藤が再現され、子育てに負荷がかかる。父親もまた、自分の親との関係を肯定性を持ってとらえることができないと、子どもに没頭している母親から見捨てられ、子どもに母親をとられたように感じることで、泣きやまない子どもへの暴力が起こることがある。

このように、妊娠・出産はそれまでのあやうい関係性の問題を露呈させ、支援が早急に必要となる時期であるが、親との関係を見直し胎児に思いを寄せ、コントロールされるのではなく主体的に満足できるお産を行うことで、母の自尊心を高め虐待を予防することが可能となる時期でもある。

クラウスらは、分娩中に母親は出産するということに本能的に行動しなくてはならないが、それには開放的になる必要があるとともに誰かの支援に依存していくのだという。心理的な退行も見られ、自分の母親から不十分な取扱しか受けていなかった母親の場合、分娩に際して養育的ケアを受けることにより「再育児“remother”」され、体験がある程度いやされるとしている。

どのような子ども時代を送ったのか、きょうだい育てられ方が違ったのか、自分はどう育てたいのか、そしてそれは自分が育てられた方法と同じなのかどうかを妊婦に話してもらい、生育歴をどうとらえているか判断する。「親と同じように育てたい」と一見肯定的に親の子育てをとらえていても寂しかった子ども時代が把握された場合、満

たされなかった子ども時代をむりやり認識させるのではなく、そう思いたい妊婦の気持ちを受け止めていく。子どもの物を用意するプロセスの中でカウンセリング的に関わり、できれば帽子や靴下など子どもに対する思いが形としてできあがるような作業を行い、小さかった自分の感情が整理できるよう働きかけていく。

分娩に実母が参加することが可能なら、助産師と連携しよいお産を体験できるようにする。機械的なお産を経験した実母が娘の自尊心が尊重された分娩を目の当たりにし、感激して自分もこのようなお産をしたかったという話を聞く。より積極的には分娩にかかわってもらい、陣痛の間ずっと妊婦の痛みを受容し体をさすり孤独にしないよう、分娩では「よくやった」と妊婦をほめることをしてもらう。このことにより、妊婦は実母から受容され、愛されなかった思いを満たすことができ、親子関係の改善を図ることができよう。

6. 主体的なお産

育児のスタートラインであるお産は、心身ともに可能な限り健康で前向きに迎えられることが誰にとっても望ましい。

1. 妊婦が心から安心し
2. 自分が愛されているという実感を持ち
3. セルフエスティーム（自尊感情）を持つこと。

虐待予防の観点からは上記3点を踏まえた上で、妊婦が自分らしく、自分のために選択できるような「選択力」を養うことが主体的なお産につながる。上記3点がおぼつかないうちにいきなり「パースプランを書いてみましょう」とか、「どんなお産がしたいですか?」といった課題を投げかけても、妊婦はとまどうばかりである。

(1) 主体性を引き出すための支援者からの働きかけ

主体的なお産のために妊婦を支援するポイントを以下に提案していきたい。

- | | |
|-------|-------------------------------|
| ステップ1 | 妊婦の負の感情を吐露し、理解を得られる安全な場を提供する |
| ステップ2 | 妊婦が負の感情をいadak問題の原因を認識できるようにする |
| ステップ3 | 問題について、具体的な解決の糸口（ヒント）や選択肢を示す |
| ステップ4 | 妊婦自身の選択を奨励する |

ステップ1. 妊婦の負の感情を吐露し、理解を得られる安全な場を提供する

表17は、お産に伴って女性がいadak主な負の感情である。（妊娠中の感情の変化については、「4. 妊娠経過と心理」を参照。）

支援者は女性が経験する変化を十分に理解し、妊婦の話に耳を傾け、ボディーランゲージを読み取って受容を態度で示すことが求められる。妊婦が負の感情を蓄積させないように、1対1の面談や参加型マタニティクラス（後述の「先輩家族と妊婦カップルの交流会」プログラム参照）などの場を活用していけることが望ましい。

1対1の面談や参加型マタニティクラスの場で、妊婦の表情の明暗や態度、打ちとけや

すいかどうかなど、ようすを見ながら少しずつ「今、からだのことで心配なことはなんですか」「何か気になることがありますか？」と答えやすい質問からはじめて、書いてもらったり話してもらったりして気持ちを出してもらえるとよい。特に参加型マタニティクラスでは、ひそかに一人悩んでいたはずなのに、カミングアウトしてみれば多くの共感が得られた、ということが多い。複数に理解を得られた、自分ひとりではない、といった手ごたえはセルフエスティームの向上や自信につながっていく。

夫婦間に問題がある（酒乱、DV、会話がななど）、生育歴に問題がある、合成家族や若年妊婦であるなど、虐待ハイリスクといわれる妊婦の場合、そもそも支援者とコミュニケーションをとること自体が難しい。妊婦のプライバシーを完全に確保できるように、健診の機会を活用できる医師や助産師の協力が不可欠である。助産師は、出産前後に無理なく女性の心身と継続的に関わるができる上、「話しやすい」と女性から評価されている。そのため女性を尊重し、感受性を持ってやさしく接していくことを重ねていけば、女性の信頼を得て、こころを開いてもらうために最良の立場にいるといえる。

ステップ2. 妊婦が負の感情をいなく問題の原因を認識できるようにする

負の感情がなぜ引き起こされるのかがわかれば、そのストレスや感情に対処できる可能性は高い。なぜもやもや・イライラするのか、どんな要因による不満や悩みを抱えているのかを特定することによって、突然「キレ」るような感情をコントロールするタイミングがつかめるようになる。タイミングがわかれば、あとはその時に「深呼吸をする」「一時的に問題対象から遠ざかる」「好きなこと、安らぐことで気分転換を図る」など、高まった感情を反射的にクールダウンさせる「とりあえずこれをする」という対処法を身につけさえすればよい。

面談であれ参加型マタニティクラスの場合であれ、支援者は表出された感情を、無条件に受容しなければならない。どんな感情でも、感情をいなくこと自体に善悪や罪はないからである。その上で、なぜ、どんな時にその感情を抱くのかを、妊婦とともに考えていくのが、この第2ステップである。例えば「お産が怖い」と話す妊婦に「怖がる必要はない」とたたみかける必要はない。「そう、鼻からスイカは怖いですよ」と受容しつつ「どうしたら怖くなくなるだろう」と一緒に考える姿勢を持つことが大切である。

参加型マタニティクラスで悩みや心配事について自由に話す雰囲気を作られていると、同じ立場の参加者（ピア）からの共感を得やすい。疑問や厳しい指摘が参加者から飛び出すこともあるが、全体的に互いを気遣い、支えあう信頼の土壌があればそれもまた気づきや問題解決の糸口となることがある。

ステップ3. 問題について、具体的な解決の糸口（ヒント）や選択肢を示す

問題が特定され、共感・理解されただけでも妊婦のこころはかなり救われる。しかし、妊婦にとって、お産と子育ての山場はこれからである。少なくとも妊婦が気になっていることは、できる限り妊娠中に具体的な解決の糸口が見いだせるようにしておきたい。なぜなら妊娠中は、子育てにまで思いが至らないのが普通であり、妊婦が想像できる数十倍、数百倍の問題や喜びが待ち受けているのが子育ての現実だからである。

表 17 に、負の感情に対して妊娠中から提案できる問題解決のためのヒントを書き添え

た。たとえば「お産（痛み）が怖い」妊婦に対しては、その感情をまず受容する。参加型マタニティクラスなどピアがいる場であれば、こちらで何もしなくても、ほとんどの人が共感の波長を発しながら受けとめてくれる。それから、お産の痛みが子宮活動、中でも主に子宮口が開くときに生じる感覚で、子宮が懸命に働いているサインであることを説明して、「痛み」という問題の原因を認識（しかもできるだけポジティブに認識）してもらえようにする。それから痛みを緩和するためのマッサージ、圧迫、体位変換、温熱（温水）の利用、あるいは硬膜外麻酔（メリットとデメリットの説明も含め）など、選択肢を提示してみるのが第3ステップである。

ステップ4. 妊婦自身の選択を奨励する

感情の表出→問題の原因の認識→問題解決のためのヒントや選択肢が与えられる、といった一連のプロセスを経て、妊婦はようやく自分の気持ちやニーズに気づき、与えられた情報をもとに自分で選択や判断ができるようになっていく。ステップ4は選択を奨励する段階であるが、妊婦が選択した結果というよりは、そこに至るまでに得られた「気づき」を称賛するような言葉がけや、うなづく、にっこりほほ笑むなどのボディランゲージが支援者から発せられること望ましい。

妊婦の主体性を引き出すための支援者からの働きかけは、ともすれば、上記のステップ3、4だけで語られることが多かった。しかし、その前の2つのステップなくしては、効果がないと心得ることが重要である。

＜表 17＞ お産と産後の変化に伴う負の感情

負の感情	妊娠中から考える問題解決のための方策例
自分の変化	
からだのセルフイメージ・外観・体感への違和感	マイナートラブル・セルフケアの説明。からだを楽にする体操の実技
女性・娘・妻・仕事人としての自分を見失う	多様な役割の優先順位を考え、周囲に理解を働きかける方法を話し合う
お産（痛み）への恐怖感	痛みを逃す具体策を伝える お産のケアの選択肢を説明する 体験談を聞く
子供をかわいいと思えないのではないかと不安	妊婦が自分自身を好きになるための働きかけ
子育てに生活がふりまわされる気がする	体験談を聞く
自分の感情の大きな起伏をコントロールできない	緊張時の自分のからだのこわばりを意識し、深呼吸などで感情を鎮め、からだをほぐす方法を伝える
親としての役割に適應	
親としての役割を受容できない	体験談を聞く
他の役割や生活が犠牲になる気がする	育児期間に意味・価値を見いだせるような働きかけ
赤ちゃんが受容できない（性別・容姿・行動・発育の速度などの期待との違い）	体験談を聞く 実際に赤ちゃんを見て触れる（無理強いしない）機会を作る
どのように子の世話をしたらいいのかわからない	体験談を聞き、具体的な抱き方、あやし方などを実際に見られるような機会を作る
予定が立てにくい、予定が狂う	体験談を聞く
授乳の悩み	母乳育児準備クラス 支援者・グループの紹介
皮膚など、赤ちゃんの健康状態の心配	体験談を聞く 支援者の紹介
赤ちゃんが泣く（イライラや不足感）	体験談を聞く クールダウンの方法を伝える
赤ちゃんが思うようにならない	体験談を聞く

夫や家族関係	
対話がない	「夫への働きかけ」参照
理解が得られない	「夫への働きかけ」参照
夫や家族が赤ちゃんを受容できない	「夫への働きかけ」参照 支援者の紹介
家事や育児の分担・協力がいない	「夫への働きかけ」参照
育児方法の意見の食い違い	体験談
女性の関心が赤ちゃんに集中することへの不満	「夫への働きかけ」参照
収入減	体験談

(2) 妊娠中に女性が積極的に考慮することが奨励される事項

①お産をする場所（分娩施設）

近年の急激な産科の閉鎖によってもはや選択の余地がない場合があるが、なるべく自分の気持ちにそったケアが提供される場所を選べるように、施設情報は各施設の年報などで公開されることが望ましい。保健センターなどの公的機関も、施設の詳細な情報は収集して妊婦に提供する。施設を選ぶ際の妊婦の判断目安となるチェックポイントを表18に示した。妊婦が特に出産場所やお産・母乳のケアにこだわっていない場合には、そのこだわりのなさもまた尊重されるべきである。しかし、そうした妊婦であればあるほど、母子の継続的なケアが提供されるほうがよい。助産師が活躍する施設や、母子の愛着形成に力を注いでいる施設が地域にあれば、虐待予防の観点から、その必須情報は提供すべきだろう。

<表18> 妊婦が選択をする際のチェックポイント

(戸田律子著 「産むブック」農文協、p.39, 2008 抜粋)

それぞれの番号で5つ以上当てはまるならOK。それ以下なら問題が隠れている。

1 健診場所を選ぶ	
	自宅や職場からの距離や利便性
	評判（施設の理念があり、それが伝わってくる）
	環境（安心できる雰囲気や印象）
	助産師が活躍している（助産師外来や、相談の機会があるなど）
	次の健診が楽しみに感じられる
	万一の対応がしっかりしている（設備や人員、バックアップ体制）
	費用（検査費用には格差あり）
	家族が了承している
2 ケアの提供者と信頼関係を築く	
	あなたを尊重し、話を聞く努力が感じられる
	質問や相談がしやすい
	希望に沿う努力が感じられる
	わかりやすい言葉で誠実な対応
	人間味を感じる
	プライバシーを尊重
	できるだけ、同じ人に診てもらえる
	健診後に安心する
3 出産・産後のケア方針を知る	
	助産師が活躍している（助産師が正常分娩や母乳外来などを任されているか）
	正常分娩時の検査や処置についての説明があり納得できる
	万一の対応がしっかりしている（連携病産院や搬送先）
	健診でよく知っている医師や助産師による出産介助となる
	費用（正常分娩費用を基準に）
	家族のかかわり（立ち会いや面会時間について）に納得できる

②里帰り出産

里帰りの形態や期間は多様化していて、地域の慣習や実家の受け入れ態勢、妊婦の実母との母娘関係や妊婦の夫婦関係にも関連している。実父母との関係が良ければ、里帰りは安心して分娩に臨むことができ、子育ての支援が十分得られるというメリットがある。反面、父親が新生児に接する機会が少なくなり、母親と子育ての大変さを共有しにくいというデメリットがある。また、ハイリスク妊婦の場合には、医療ケアの分断によって十分な出産・産後ケアが受けられなくなる可能性がある。

里帰り出産を妊婦が考慮する際のチェックポイントを表 19 に示した。あてはまらない項目があれば、話題にして話し合う機会を作ることが望ましい。妊婦が安心し、安全だと感じる場所にいることが重要であり、夫の理解や協力の度合いによって選択する。

<表 19> 妊婦が里帰り出産を考えるとときのチェックポイント

少なくとも6項目以上当てはまるなら里帰りはOK。それ以下なら問題がある。

考慮すべき点	
必須項目	里帰り先の分娩予約が取れる見込みがある
必須項目	分娩予約先に妊娠中期以降、少なくとも1回は健診を受けることができる
必須項目	臨月（妊娠36週）までには、里帰りができる
	健診を受けている施設から紹介状を書いてもらえる
	あなたと実母・実父との関係が良好
	里帰り先で家事や食事などの世話をしてくれる人がいる
必須項目	夫婦関係が良好な場合、夫の理解がある
	夫婦関係が良好な場合、夫が里帰り先に通うことができる
	里帰りは安心して楽しみ
	実父母も、里帰りを待っていてくれている
	産後、からだが回復したら自宅に帰る予定だ

③夫への働きかけ

妊娠に伴うからだの変化がない分、男性は子どもを迎える実感に乏しい。妻が自分の体調や出産準備に気をとられたり、産後も関心が赤ちゃんに集中したりすることが、男性にとってはさびしい。妊娠中にできる夫婦の溝は、産後ますます広がる傾向があり、妊娠・出産・育児期は夫婦にとっての危機だととらえる見方もある。産休中の経済的な負担も夫の負担になる。親としての役割の受容は、女性よりも難しいのかもしれない。が、いったん子育てのおもしろさがわかると、女性同様かそれ以上にのめりこめる。

子どもの虐待と両親の夫婦関係には関連があることを考慮して、カップルには妊娠中からコミュニケーションを深めることを意識するように促したい。たとえば毎日からの調子、自分の気持ちや赤ちゃんの様子について、相手に何かを要求するのではなく、文句や愚痴をこぼすのでもなく、互いに言葉にして伝えあう、マッサージをしあうなどしてコミュニケーションをあたためていく。

妊婦の夫が、育児を母親任せにすることが多かった団塊の世代の父親のもとで育った場合、ロールモデルが身近になく、育児は手探りか、同世代のほかの父親から学ぶ。なるべく妊婦の夫同士や、先輩の父親を交えて、女性に気兼ねなく、親になる気持ちや育児の方法を具体的に学ぶことができるよう、男性同士で話し合う機会が作れるとよい。

マタニティクラスのプログラム例

母親・両親学級などに参加する妊婦カップル、および産後半年ぐらいまでの赤ちゃん連れのカップルが一堂に会して交流する機会を作ってみる。たとえば筆者は通常、マタニティクラス終了後に引き続いて赤ちゃんマッサージのクラスを開催していた。赤ちゃんマッサージのクラス参加者に、「できれば1時間早めに来て、妊婦さんたちにお産の体験談をしてほしい」と頼むと、最低3家族は来て話をしてくれたものである。自分たちも妊娠中には先輩の話が非常に役に立ったという経験があるので、産後はマタニティクラスに戻って体験談をすることがOBの伝統となっていく。お産、育児、夫婦関係、生活や育児グッズ情報に至るまで、多くの実りが期待できるプログラムである。

「先輩家族と妊婦カップルの交流会」

(戸田律子著「参加型マタニティクラス BOOK」医学書院 p42-43, 2007 より抜粋・加筆)

ねらい

- ・ 赤ちゃんとの暮らしの一端に触れる
- ・ お産や育児の素朴な疑問に答える
- ・ 妊婦(夫)～親のコミュニティー作り
- ・ 自分もできそう、と自信がわく

クラスの進め方

- ①マタニティクラスの最後の1時間に、赤ちゃん連れの家族に来てもらい、妊婦カップルに混じって車座になって座ってもらう。赤ちゃん連れの家族を囲んでグループ分けしてもいい。
- ②司会者の合図で、赤ちゃん連れの父母に自己紹介をしてもらい、お産の体験談や赤ちゃんのいる生活について父母にそれぞれ自由に合計15分程度で話してもらう。
- ③参加者からの質問を促し、赤ちゃん連れの父母に答えてもらう。司会者が話題にしたいことも父母に向けて質問して、話し合いのきっかけを作る。
- ④一段落して、父母の了解を得てから、妊婦カップルに順番に赤ちゃんを抱いてもらう。自由に歓談して、妊婦カップルと赤ちゃん連れの家族が交流するのを見守る。

7. 夫婦の絆

出産後に新しく父親になった夫が、妻の精神的な支えとなったり、具体的に育児に参加することが、妻の育児不安の軽減や夫婦関係に影響してくるといわれている。夫婦関係が良好であれば、夫婦それぞれの子どもに対する感情も良いように働き、育児ストレスの軽減にもつながる。また、父親の育児参加は乳児期の良好な父子関係を築き、父子がともに成長していく十分なきっかけを与えることはいままでもない。父親・母親が親として成長し、夫婦が絆を強め、よりよい家族関係をもつために、妊娠期から行う有効な支援として、

具体的なアプローチを考えていくことが大切である。

(1) 妊娠期に夫婦の絆を高める支援

妻の夫への信頼感は、妊娠期においては夫がいかに妻をいたわるかによって高まり、出産後は夫による実際の育児参加が基礎となって高まっていく。

妊娠期の妻は、産後の子育てよりも妊娠や出産までの不安のほうが大きいいため、この点を夫が共有できるように支援していく必要がある。具体的には、エコーのビデオ等で胎児の育ちと一緒に確認しながら共に育んでいる気持ちを共有したり、出産までに必要なものを一緒に集める等の準備や、妊娠中にリラックスできるように散歩や音楽、夫婦の会話・コミュニケーションが弾むことの大切さを伝える。夫婦で出産までの日程をカレンダーで視覚的に確認したり、必要な準備物をチェックリストにして確認したり、おなかの赤ちゃんへのメッセージをそれぞれ書き込むような用紙を提供するなど、「夫婦で一緒に産む」といったことが実感しやすいツールをわたしてみることもよいだろう。このような取り組みは、妻の出産への不安の解消のために、夫婦の共通の目標を明瞭化する支援として位置づけてみるとよいと思われる。その上で一緒に育むことの実感を通じておなかの赤ちゃんへの肯定的な思いと一緒に確認してもらう。このことは、妊娠期に子どもへの肯定感がある妻・夫のほうが、出産後も子どもへの肯定的な気持ちが持続するといわれていることから重要なことであると考えられる。出産後に生活スタイルが子どもを中心としたものにシフトしていくなかで、自分の活動が制限されることにとまどったりイライラを募らせてしまう場合があるが、妊娠時期から夫婦一緒に子どもへの肯定感を形成することにより、産後のさまざまな危機を回避することにもつながる。妊娠中から夫婦で一緒にとりくめるようなさまざまな支援を考えていくことが重要である。

(2) 妻・夫それぞれの思いを受け止めて、夫婦の絆を高めていく

妊娠・出産・その後の長い育児の中で、夫婦がお互いの立場を尊重し、協力していくことの大切さを、妻・夫の気持ちを聴きながらアドバイスしていく。妻には何事も自分で頑張るのではなく、夫に依存して、いろいろなことを頼むのは自立した母親の姿として大変大切であるということを伝える。妻・夫それぞれの立場・役割の重要性を話し合うことを通じて、お互いの協力のありかたを考えてもらう支援をしていく。妊娠中の妻の思いを共感し合ってもらうために、例えば妊娠シュミレーターを使っている両親教室もある。両親学級参加経験者の妻や夫に「妊娠中もっとして欲しかったこと」などのアンケートを行い、その結果を参考にした資料を妻や夫に手渡ししても実感をもってもらえるかもしれない。妻の言い分や夫の言い分は、このような具体的なツールを使って代弁してそれぞれに伝えると効果的と考えられる。

保健師等が夫に対して実際に直接支援をすることは物理的に難しい状況はあるが、両親学級などで来所したときには、夫の妊娠についての思い、親になる実感についての思い、具体的な育児についての思いを傾聴することが大切になる。妊娠や出産および具体的な育児についての肯定的な感情に乏しい、すなわち親になる実感がもちにくい、もしくは妊娠・出産に対する気持ちを言語化できにくい夫は、もともと自分に対する肯定感が低い場合があることも考えられる。したがって、保健師等との面接が夫にとって悩みを聴いてくれる

機会となることが大切であると考えられる。具体的提案では、少しでも帰宅を早くしたり、少しでも妻を気遣う言葉をいうだけでも夫婦にとってとてもよいことがあることなど、本人にとってまずはできるかもしれないことを整理してみる。

また、夫婦の日常のコミュニケーションこそが夫婦間の絆を深めていくこと、それによって妻がリラックスし安心感をもつこと、そして産後の夫の具体的なサポートが妻の精神的ケアや抑うつ防止につながることに触れておいたほうがよいであろう。

（３）生まれてくる子どもを迎える心づもりを深めていく

夫婦ともに、「親になった実感」は妊娠期よりも出産後のほうが一時期低くなるようである。これは出産後具体的な育児に奮闘したり、生活スタイルが変化してこれまでの活動が制限されていくなかで、妊娠期に思い描いていた産後の生活よりも、子育てや親になることの難しさを感じるからであると考えられる。したがって、妊娠期には沐浴指導だけではなく、できるかぎり赤ちゃんを抱いたり、世話をする（ふれ合う）機会を提供することにより、育児についてより具体的なイメージを持ってもらうことで、「親になる実感」を現実のものとして感じられるよう支える。例えば、両親学級に両親学級を卒業して出産を終えたお母さんと赤ちゃんに来てもらったり、両親学級の日程を離乳食講習会と重ねるなどの工夫が考えられる。妊娠期から「親になる実感」が具体的にある父親ほど産後の育児参加が積極的であるといわれており、このことが後々さらに夫婦の絆を強めることにつながることも、具体的な育児についてなるべく細かく想定して考えてもらう機会を作ることが大切である。

また、新生児と父親との早期からのふれあい（相互交渉）によって、父親が子どもを育みたくする気持ちが早くに形成されてくることから、産後なるべく早い時期から夫婦揃って子どもと触れ合うことが大切であるということを伝え、準備をしてもらうよう働きかける。

（４）より支援が必要と思われる夫婦に対して

妊娠期に「親になった実感がほとんどない」、出産後「育児が楽しくない」と答えるなど、妊娠期・出産後に妊娠や子どもに対して肯定的な感情をもてない妻・夫がわずかながら存在する。これらのグループには、より細やかな支援が必要であることはいうまでもない。自分自身が親から愛されなかった、子どもの頃いじめにあってきた、妊娠自体が望まないものだった、など理由は様々で、これらの悩み等をよく聴くとともに、具体的な育児指導をくわえ、サポートの必要性など、夫婦で乗り越えていく際に何が大切であるのかを一緒に考えるよう支援していく。

8. 親子の絆

絆とは言葉を越えた心と心のつながり——無意識の世界における信頼と愛情であり、親と子の絆は一義的には母と子の絆である。

虐待とは言い換えればこの絆の形成の失敗とも言える。出産を契機に始まる母と子の絆の形成は、その後一年をかけて子どもの心の中にしっかりとした信頼感と愛するという感覚や、希望という人格的要因を作り上げる。エリクソンはこれを基本的信頼感とよんで、人格形成の最も重要で核になる発達因子と考えている。絆の研究で有名なクラウスもその著書の序文で次のように述べている。「……この研究中に我々が特に眼をみはったことは、妊娠、分娩、出産、早期産褥期と経過していく時、素晴らしい自然の過程がいかに豊かに働いているかということである。私達が印象づけられたことは、ハイリスクの母親や新生児に恩恵を与えてきた小児科学や母親や新生児に恩恵を与えてきた小児科学や産科学の多くの進歩は、健全な母親、父親および新生児にみられる生理的過程を破壊否定してきたことである。」

同様な趣旨は、WHOの正常出産のケア実践ガイド（戸田律子訳）の中でも、安全に母親になるために「正常な出産の自然な過程を妨害するには、そのための確固とした理由がなければならない」と書かれている。

ミシェル・オダンも「愛情の科学」という著書の中で、自然な出産や育児の中で働く主要なホルモン（オキシトシン、エンドルフィン、プロラクチンなど）は、単にうまく赤ちゃんが産まれたり、母乳を出すという働きだけでなく、ホルモンそのものの作用の中に母と子の愛着をうまく形成する働きのあることを多くの研究の結果に基づいて指摘している。そして彼は、そのようなホルモンの環境がうまくでき上がる出産環境が自然出産には必要であり、また母子相互の愛着の形成に不可欠であるといっている。

すべての赤ちゃんにとって母親の子宮は最も安全で快適な完全な世界であり、出産はその世界から未知の危険に満ちた世界への旅立ち（hazard journey）であり、出産の始まりと共に不安や恐怖そして怒りといった感情に襲われる。オットー・ランクは出産時に赤ちゃんの感じるこの感情を、出生外傷（Birth trauma）と呼び、このトラウマは母親に抱かれることにより癒され、その後絶えざる母親との接触により信頼や愛情へと変化していくといっている。

出産直後の赤ちゃんは“静かな緊張（quiet alert）”と呼ばれる感覚が極めて鋭く、母の匂いをはじめ、声・顔の輪郭など赤ちゃんが母親を認識する最も重要な時期であり同時に母親が自分の赤ちゃんを認識する時期でもある。この状態は生後1～1.5時間しか続かないため、この時期の母子の接触は極めて重要である。出生直後から数日間は、感受期（sensitive period）と呼ばれ、母親の自分子どもに対する愛着が形成される重要な時期である。しっかりとした精神的なサポートの下に自分の力で赤ちゃんを産み終えた母親は、自信に満ちた喜びを持って赤ちゃんとの接触を始め、赤ちゃんとの良好な関係を作っていく。出生直後のそしてその後数日以内の母と子の分離は、母子関係を傷つけ母親の養育障害を引き起こすことが知られている。

クラウスらは、彼らの絆の研究とその他の研究のもとに絆の形成のために医療従事者に対して次の5項目の勧告をしている。

- ①分娩中の母親には、パートナー以外の人で、お産に精通したケアの出来る女性による持続的な身体的・情動的支援が提供される必要がある（王立カナダ産科学会勧告）。
- ②新生児が出生後正常で、アプガー得点数が良好であれば、出生直後皮膚の水分を完全に拭いたあと、母親の体温と子供を覆う軽い毛布とで保温に努めながら、肌と肌

の接触ができるよう、新生児を母親に手渡すべきである。生後1時間半になるまでは、沐浴、足絞採取、ビタミンKの投与または点眼を理由に子どもを取り去ってはならない。最初の授乳をいつ開始するかは、子どもに決めさせるべきである。

- ③鎮痛剤の投与や硬膜外麻酔は、できる限り避けるべきである。そうすれば、新生児は、なんら妨害がなければ、母親の乳房まで這い上がり、自分でくっついていき、全くの自力で吸啜を始めるようになる。
- ④新生児室は閉鎖すべきである。母親か子どもに疾病がなければ、たとえ短期間の入院であっても、新生児は母親のそばにいて、母児同室形式をとるべきである。新生児室の一部は、母親が病気の場合、その子どものために利用すればよい。
- ⑤母親全員に対し、産後1時間半以内に母乳哺育を開始し、しかも頻回に授乳するよう勧め、全産科病院はUNICEFのBaby Friendly Initiativeを開始すべきである。

信頼と愛情をベースにした子どもの母親との関係は、その子の成長の過程でつくられる他の人との人間関係の原型になるといわれる。

最近の子どもに視られる不登校、いじめ、自殺、子が親を親が子を殺すといった種々の人間関係の破綻は共に生きるという人間らしい感覚が乳幼児期に養われなかった結果かもしれない。

9. 望まぬ妊娠

母親と胎児との愛着形成の問題は比較的新しい研究分野であり、愛着形成の度合いは胎動の開始時期、胎動の大きさ、妊娠歴、母が自分の親との愛着形成がどのようだったかに関係すると言われている。また、愛着をはかるスケールがいくつか開発されており、計画的な妊娠であるか否か、夫婦関係、妊娠週数、母がうつのであるかどうかに影響され、愛着形成を促進するのに家族や仲間の社会的サポート、妊娠中に精神社会的なケアを受けたということが関係するという報告もある。うつに関しては、反対に望まぬ妊娠がうつの状態を引き起こすともいわれている。

英国で行われた大規模なコホート調査によれば、「意図せぬ妊娠」から有意に虐待が発生しており、我々が行った調査でも、愛着形成の阻害が虐待群と非虐待群では87.3%対38.0% ($p < 0.01$)と虐待群に多くみられ、愛着形成が阻害されている原因は虐待群の場合は「望まぬ妊娠」が37.3% ($p < 0.05$)と有意であった(図14)。

望まない妊娠では、夫婦が出産を決意し、妊娠を受け止め出産の準備を行うなどの合同作業がなされないまま出産に至る。出産後も児の誕生という現状を受け止めきれず、夫婦の緊張・葛藤の中で夫の協力は得られず育児の負荷があり、児の受容がなされにくい状態となることが考えられる。虐待は、親の育ってきた環境等による性格・態度、子育ての環境等が関係しており、愛着形成の問題はここに大きく影響する要因である。

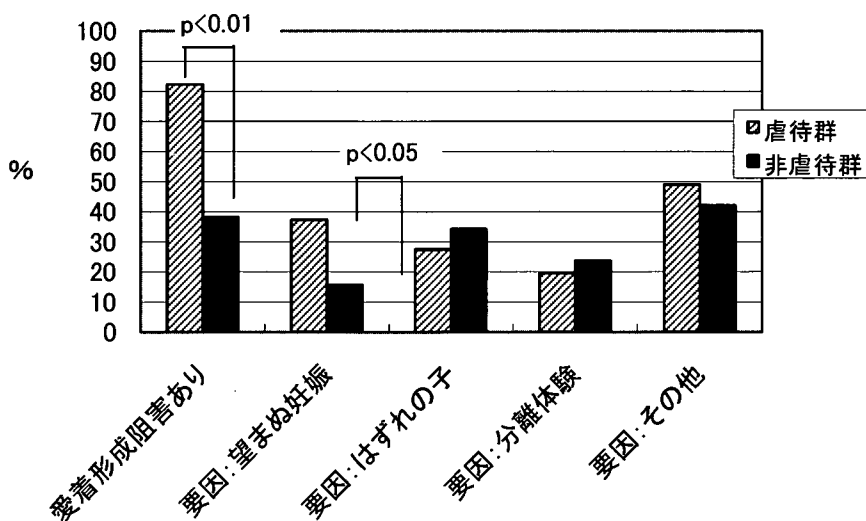
望まぬ妊娠では、妊娠している状況を秘密にしなければならない場合やレイプなど子どもの父親との関係が通常の夫婦関係でない場合など、子どもを否定し新生児を死亡させてしまいかねない。妊娠中でも、妊娠していることを強く否定し、または嫌悪している妊婦は、自らの腹部を殴打したりアルコールや喫煙などを意識的に継続する、胎児虐待を行うこともある。

できちゃった婚が十代に多く、男性と婚姻関係になることを望んで確信的に妊娠する女性もいるが、妊娠の結果起きてくる問題を予測することができずに気がついたときには中絶時期を過ぎていたという妊婦も多い。十代の望まぬ妊娠の場合、経済的問題、パートナーとの問題、学生である場合学業の問題など解決しなければならないことが多く、不安を生じやすい。

望まぬ妊娠を早期に把握するよう、産科医療機関と連携を強化すると共に両（母）親教室などのアンケートの工夫などを行う。把握した場合には、それが胎児の父親との関係からなのか、自分の親との関係からなのか、あるいは経済的事情、会社や学校などの事情なのかをさらに把握するように努める。胎児の父親との関係が問題な場合、レイプなどの現在は関係性がない父親なのか、DVや夫婦不和など現在も生活が続いているのかを確認する。レイプによる場合、子どもに罪はないと受け入れて育てていく母親もあるが、夫婦の不満や不和、DVによる望まぬ妊娠の場合は、夫婦関係を聞き出し、場合によっては別居をすすめる必要がある。

望まぬ妊娠である場合、「4. 妊娠経過と心理」のプロセスがうまくいかないことが多く、頭からあってはならぬことと否定するのではなく、妊婦の率直な気持ちを受け止め、負担にならないよう子どもを迎える準備をすすめるとともに、胎動を自覚しながら胎児と思いを通わせていくよう働きかけていく。

<図 14> 愛着形成の阻害と虐待



10. 自然出産と帝王切開

帝王切開は、自然出産が困難なときに、そして緊急に母・子の生命を救命する必要があるときに行われる手術である。この手術が行われるようになって、多くの母と子の命が救われたことは確かである。しかし、最近の帝王切開率の急激な上昇は単に経膈分娩が不可能な出産が増えたというだけでなく、いくつかの理由が考えられる。それらは、

- ①産科医の仕事が24時間緊張を強いられかつ365日続く仕事であり、産科医がその精神的負担に耐えられなくなっている。
- ②お産が安全になったため母・子共うまくいって当たり前という考えが一般になって、100%安全神話が出来上がってしまった。そのため
- ③医療訴訟が激増して何か問題が起これば産科医の責任にされ、刑事事件や裁判になるケースが多くなって、医師が萎縮して保身的な帝王切開のケースが増えている。
- ④不適切な持続的胎児モニタリング、医学的適応のないオキシトシンによる誘発、硬膜外麻酔など自然出産の過程を妨げる医療技術の導入。
- ⑤高度な技術を要する骨盤位分娩、前回帝切分娩などの経験のない医師が増えている。
- ⑥出産年齢の二極化

高齢出産、特に不妊治療の進歩による高齢初産婦の増加、逆にできちゃった結婚などまだ精神的に未成熟で自己のコントロールもできない若年産婦は、過食による肥満、運動不足、痛みに耐えることができないなどの理由で帝王切開になりやすい。

- ⑦医師の側の経済的理由

などであろう。

しかし、帝王切開には「8. 親子の絆」の形成を損なう因子が多く、産婦は自分の出産に充実感や感動などの至高体験が無く、敗北感や将来の育児に対する自信をなくすことも多い。絆の形成の重要な因子、早期の母児接触、早期の授乳、母児同室などができなくなる。また、母体に加わる外科的侵襲は一定のリスクを伴うと共に赤ちゃんに対する母性行動を困難とする。帝王切開率は、最近是一次医療機関においても20~30%と極めて高い値になってきている。

一方、自然出産は何もしないで自然な分娩経過に任せると解釈されているが、医療技術がこれほど進んだ現代においてそれはゆるされない。本当にリスクの高い妊産婦あるいはリスクを抱えているがマスクされている妊産婦には、医療技術の進歩の恩恵にあずかれるようきめ細かい配慮や観察が行われ、いつでもリスクに対応できる準備体制がバックアップとしてあり、その中で産婦が持っている自分の力、自然がプログラムした産む力をフルに発揮出来るようにサポートし、不必要な医療介入をしないで注意深く見守っていく出産である。自然出産とその後の母と子の接触、そのプライバシーが守れることと絆の形成が深く係わっていることは、「8. 親子の絆」のとおりである。自然出産がうまく進行するためには、産む人とそのケアを担当する医療従事者との間にいい出産についての共通の認識が必要であり、していいこと、やるべきこと、逆にしてはならないこと、やるべきでないことが明確に判別されなければならない。そのためには、医療者には豊かな臨床経験と優れた判断力と技術力、そして出産の本質に関する深い洞察が要求される。一方、産む人も丸投げで医療機関にただ任せるのではなく、しっかりと妊娠中の自己管理を行い、自然な

出産ができるよう意欲を持って出産に臨まなければならない。

出産は単純な力学であり、昔から分娩の三要素といわれた、①赤ちゃん、②産道、③娩出力（陣痛）の三つの力関係で安産や難産が決まる。そのため妊婦がすべき自己管理は、①食餌、②運動、③リラクゼーションの三つと考えていい。適切な食餌や運動によって出産に耐える体力をつくり赤ちゃんが産道を通りやすい体にしておくこと、そしてうまく出産の進むホルモン環境ができるように（うまくオキシトシンやエンドルフィンが分泌されるよう）リラクゼーションが必要となる。リラクゼーションの最もいい方法を、オダンは“cut head”つまり頭（新皮質）を働かさないことだといっている。全ての動物に共通の産むためのプログラムされた古い脳の働きを活発にさせることが大切で、そのためには出産は男女が愛し合うような、心身共に解放されるような環境が提供され、極力ストレスとなる医療行為や医療者の産婦にストレスとなる言動を控えなければならない。娩出間際にこのような環境におかれた産婦はインナートリップともいう独特の状態になり、分娩は極めてスムーズに進行する。この時医療従事者に必要なことは、自分が産ませてやるとか赤ちゃんを取り上げてやるといった意識を一切捨てて、産婦を静かに見守るだけでいい。これが自分の力で産むことであり、産婦が主体的に産むことであり、自然出産の本質的な形である。

どのような出産を体験するかは、その後の子どもの人格形成に深く関わる問題であり、これに関して興味ある報告が、1982年暴力と犯罪に悩むカリフォルニアから発表された。(California Commission on crime control and violence prevention)暴力と犯罪を減少させるために重要な3つのポイントは

- ①gentle birth
- ②the more loving family
- ③less violence on TV

であるといっている。gentle birthとは、優しさと暖かい雰囲気の中で営まれる自然な出産である。

1 1. 母乳

生後1時間以内に母乳を与えること。これはクラウス、山内逸郎、UNICEFのBFI (Baby Friendly Hospital)でも強調している重要な母乳栄養の開始の時期である。母親が出産直後に子どもを抱え、母と子の相互の認識(imprinting)が行われると、30分もすると赤ちゃんは母親の乳首をしっかりと吸い始める。力強く乳首を吸う赤ちゃんをみて母親は安心感や満足感、そして喜びを感じ、母性愛が芽生える。赤ちゃんはしっかりと目を開き、耳を澄ませて母親の顔の輪郭、声そして匂いなど母親の情報を吸収する。母親に包まれるように抱かれて赤ちゃんは新しい未知の世界に生まれてきた不安や恐怖をいやし、胎内にいた時のような安心感と心の安らぎを体験する。このような母と子の環境はその後出来るだけ継続し、母と子を分離すべきではない。新生児室に赤ちゃんを入れることの危険性は、医療従事者が認識しなければならない。そのためには母子同室にすべきであるが、さらに

一歩進めて母子同床にする方が母子接触という面ではよりよい母と子の環境といえる。

母親が心身共にリラックスして母乳を与えられるようにするために、分娩中に母親が感じるストレスや身体の負担はできるだけ軽くしなければならない。安易な帝王切開や誘発、持続的な分娩監視装置、剃毛や会陰切開、必要でない仰臥位、バルサルバ法によるいきみなど、医師や助産師の介入や叱責、これらはすべて母親に身体的な苦痛を与え、精神的には充実感や成功体験、そして何よりも自己を肯定する感覚や赤ちゃんに対する愛着や育児に対する意欲を弱める恐れがある。

妊娠中に、妊婦には正しい母乳分泌のメカニズムや母乳栄養のメリットなどについてわかりやすく説明しておく必要がある。多くの母親は母乳は最初から出るものと思っている。また、赤ちゃんは産まれた時からよく泣いて母乳を欲しがると誤解している。しかし赤ちゃんは生後1時間～1時間半くらいたつとぐっすりと眠ってほとんど泣かないし、母乳も飲まない。逆に24時間は初期嘔吐があり、時には誤嚥が起こることもあるので注意が必要である。1日経つと赤ちゃんは泣き始め、特に夜間はほとんど泣き続ける。母子同室であっても新生児のコットに入れていた限り、赤ちゃんは初めて体験する広い空間の中で母親の存在を確認することもできず、たぶん恐怖のため泣き続けることが多い。だから特に1日目や2日目の夜は母子同床にして授乳もさせ、時にはカンガルーケアも必要となる。2日目は、一日中赤ちゃんは泣いてオッパイを欲しがるとは実際にはほとんど母乳は出ない。しかし、赤ちゃんには問題ないことをよく知らせておくことも必要で、この時期は母親の疲労や不安が強く、ブルーな状態になりやすい。しかし3日目になると乳房は緊満して分泌が始まる。新生児室に3時間毎に授乳に行くという授乳のやり方は、全く非生理的なやり方だと思われる。この頃になると赤ちゃんは、母乳が出ていつも母親がいてくれること、環境に慣れてくることなどであまり怖がって泣くこともなくなり、母親の不安も解消してきて母子ともに安定した状態になってくる。母と子の絆ができてくる時期である。

乳房の手入れは、基本的には妊娠中にする必要はない。乳房の手入れをする動物はいないが、赤ちゃんがしっかり吸えれば母乳は出る仕組みができていく。しかし、妊娠中の妊婦の肌は非常に乾燥しやすいため、乳首や乳輪部の皮膚の乾燥には注意して保湿作用のあるクリームなどを入浴後に使ったり、ブラジャーをはずして乳首の皮膚を鍛えたり、日光浴をしたりすることは役に立つと思われる。また、陥没乳頭や扁平乳頭の人はプレスト・シールドで形を整える方がいいかもしれない。

繰り返しになるが、母乳と母子相互の愛着形成には強い相関がある。授乳中の eye to eye contact を始めとして、授乳中に母親に抱かれるという感覚は赤ちゃんにとって一番安心出来る満たされた感覚である。授乳によって、母親の脳からはお乳を分泌するプロラクチン、射乳ホルモンのオキシトシン、脳内麻薬といわれるエンドルフィンなどが出てくるが、これらはすべて愛着の形成に働くホルモンであり、オキシトシンやエンドルフィンも赤ちゃんにも高濃度に分泌されている。また、母乳の中には免疫物質や抗菌作用のある物質が含まれていてウイルスから赤ちゃんを守ったり、母親の体内にある正常な菌以外の細菌叢は増殖しないようにしている。そして大腸菌やサルモネラ菌などの繁殖を抑え、特に未熟児などで起こりやすい壊死性腸炎（NEC）などから赤ちゃんを守っている。

母乳栄養をうまく確立するために、必要なことは次のような点である。

①生まれて1時間以内の授乳