

- ②赤ちゃんが欲しがる時はいつも与えられるように、母と子と一緒にいられるようにする。
- ③母乳以外のものは絶対必要なとき以外は与えないこと。
- ④施設には、母乳の生理をよく理解して適切なアドバイスを与えられるスタッフがいること。

12. 妊産婦のメンタルヘルス

(1) 周産期の心の問題の理解

①こころの問題をあつかうことへのバリアー

妊娠と出産は、慣れ親しんだ生活スタイル、対人関係に、予想外の変化をもたらす。それに伴って心身のバランスも大きく変わること、ストレスの高い状況も生まれる。周産期の女性には、不安障害（パニック障害、強迫性障害）、マタニティーブルーズ、産後うつ病、などの名前で示される心の不調の状態が、実はしばしば起きている。

しかし、新たな命への期待を妊婦自身も家族も抱いてきた、また周囲の社会もそれが当然であると想定している中で、こころの不調を周囲に打ち明けることは想像以上に困難なことといえよう。また、こころの問題をもつ人や家族を一般社会で生活している人とは区別して考える“スティグマ”の問題は、全世界に共通してある。専門家に相談して解決をはかることも、まだ一般的とはいいがたい。

こころの問題が生じたときに必要な支援が円滑に得られる道筋（Pathway）を築くには、地域の身近にいる人たちが日々の支援活動の中で、こころの不調は特別な事態でなく誰にでも起こりうることを伝え、客観的な事実や当事者の声などの十分な情報をリーフレットやホームページなどの媒体を通じて常に発信し、バリアーを減らしていくことが必要である。

これらに加えて、もともと慢性の精神障害（統合失調症や躁うつ病）のあった女性が、妊娠・出産をむかえる場合に服薬や授乳、育児について相談をする場合も考えられる。精神障害のある人も、十分な妊娠・出産に関するサービスを受けられるように、情報提供を適切に行う必要がある。

②よくみられるこころの問題

出産への恐れや、妊娠中の食事や薬物の摂取、出産後は母乳、夜泣きなど、経過が良好であっても、周産期の女性の心配はつきない。また、流産や死産など妊娠・出産をめぐる不測の事態は外傷的体験となる可能性もある。この意味で周産期は不安障害のリスクも高まる時期と考えられる。“育児不安”の状態は子どもを大切に思う情緒的な絆の形成（ボンディング）と表裏一体であり、全てが深刻な問題につながるとは限らないが、生活機能の障害が生じていないかを把握する必要がある。不安の訴えが2週間以上の長期にわたり、育児や家事に支障をきたしている場合は、不安障害やうつ病などを疑うことが重要である。

○不安障害

不安障害はうつ病とならんで頻度も高く、特に女性に多く見られるところの問題である。発症の時期が、妊娠・出産・育児の時期と重なることが多く、育児支援の場では常に注意を払う必要がある。

・パニック障害

動悸、発汗、震え、めまいなどの症状が突然に発現して 10 分程度で頂点に達し、同時に死ぬのではないかなどの強い恐怖や不快を感じるパニック発作が繰り返し起こる。発作を予期しての不安も持続し、単独での外出が困難となる場合がある。パニック障害をもつ女性では出産後の発症や症状増悪がしばしばみられる。全般性不安障害では緊張感、疲労感や睡眠障害などを伴う過剰な不安と心配が長期にわたり、毎日の生活に支障を来すこともある。孤立した核家族で他にサポートする家族成員がないとき、乳児の安全と健康への責任から日々不安と緊張を強いられ、乳児突然死が心配で夜間も過覚醒状態で寝息に耳を澄まし眠れない状態に陥る場合もある。

・強迫性障害

不合理であると認識しながらも同じことを反復して考えてしまう強迫観念や、過剰な手洗いやあることを確認する行動を繰り返す強迫行為が生じ、無理に止めようとすると強い不安や苦痛を引き起こす。出産後は強迫症状の発症や増悪がしばしばみられ、乳児を傷つけるのではないかという強迫観念や、健康への不安を背景に不潔恐怖が強まり、乳児の触るものの消毒を繰り返し、乳児に触れなくなる母親もいる。

・心的外傷後ストレス障害

危うく死ぬような出来事や身体の保全に迫る危険を体験あるいは目撃し、強い恐怖や無力感または戦慄を生じるような外傷的な出来事に曝された後に起こる。症状は、その出来事の知覚やイメージの再体験、外傷と関連した刺激の回避や麻痺、覚醒亢進症状などである。流死産や、痛みなどの苦痛の大きい出産をめぐる体験が心的外傷体験となる場合がある。心的外傷体験につながる状況を回避する機制により、さらなる妊娠・出産を望まなくなる女性もいる。また、事故や災害よりも対人間暴力被害の後に特に高率に起こる。妊娠出産期はDVの問題が悪化しやすいことを考えると、虐待予防の意味も含めて見過ごせない問題である。

○うつ病

周産期のところの問題で最も頻度が高いのがうつ病である。抑うつ感（気分の落ち込みや悲哀感）や興味や楽しみの喪失が主症状で、意欲の低下、集中困難、罪悪感、睡眠食欲の障害、自殺念慮などの副症状を伴う。妊娠期のうつ病の発症頻度は 15%程度で、7 割以上が妊娠初期に発症する。産後うつ病も同じく、15～20%と高い発症頻度である。出産後 2 週間以内を中心に、多くは産後早期に始まっている。産後うつ病に罹患した場合、その女性はもとより児や家族にも長期的に否定的な影響があるという報告も多く、予防や早期発見による介入が必要である。エジンバラ産後うつ病質問票などの自己質問紙や過去 1 ヶ月間の気分の不調についての簡便な問診によるスクリーニングは、関連する育児不安や子どもの虐待のリスクなどの心理社会的問題への早期介入の糸口ともなる。

○産後精神病

出産後に初発する産後精神病の事例の多くは、躁うつ病や、幻覚、妄想、困惑や昏迷状態、緊張病像と躁状態・うつ状態が混合したいわゆる非定型精神病のかたちをとる。不眠や焦燥感を訴えた後に、幻覚や妄想などの精神病症状が急性に出現し、強い混乱や困惑や一時的な記憶や意識の障害もしばしばみられる。妄想や幻覚の内容が、「自分の子どもがすり替えられている」など、子どもに関連したものであることも多くある。発症頻度は1000回の出産に1～2回とまれで、通常、出産後2週間以内の早期に急性に発症する。

○躁うつ病・統合失調症

躁うつ病では、うつ病の状態や逆に病的に気分が高揚する躁状態などの気分の波を反復し生活に障害をきたす。統合失調症は幻覚や妄想などの症状が持続し、現実を検討する能力が損なわれることがある。両者とも妊娠・出産の可能な年代に好発する慢性の障害であるが、治療によって症状が寛解し、妊娠や出産の機会に恵まれる女性も増えている。この場合は、周産期の増悪や再発予防のために服薬や生活をどうマネジメントするかが重要となる。

(2) こころの支援と治療の実際

こころの問題の最善の治療は、予防的支援と早期介入である。特に周産期の治療の選択はリスクと利益のバランスが時期によって変わる。支援開始の閾値設定を低くし、できるだけ早い段階で支援や治療につなげることで、心理的サポートなどリスクの少ない治療方法の選択が可能となる。

①リスク要因の把握

うつ病などこころの問題のリスク要因と、育児困難や虐待のリスク要因とはほとんど重なり合っている。たとえばうつ病の関連要因は、①うつ病などの精神疾患の既往歴、②夫やパートナーとの関係が不安定で十分な精神的支援がない、③家族の死や重大な病気、夫の失職など経済的な危機、親しい人との離別や決裂などのライフイベントがあるなどである。周産期には計画的な妊娠かどうか、DVの有無などの要因が加わる。いずれも母子健康手帳交付時の面接でも把握でき、その情報を活かすことで妊娠期からの予防的介入につながる。

②初期のマネジメント

こころの問題の既往歴や治療歴は、簡便な質問でも確認することができる。治療歴がわかれば、専門医療機関（精神科・心療内科）や助産師との連携のもとでの支援が可能となる。妊娠中の服薬と授乳について専門家のアドバイスを受けながら、薬物療法などの治療の安全性の情報と意志決定のプロセスを地域で継続的に支援することができる。予防や軽症例への早期介入では、適切な知識をもった非専門家が提供する継続的なサービス、すなわち傾聴によるカウンセリング、家族や地域のサポート調整、ストレスマネ

ージメントのための自助的方法や資源の提示、自助グループへの参加によっても十分な効果が得られる。

③周産期の向精神薬治療への助言

こころの問題に対しては心理療法と共に、十分な効果と安全性のある薬物療法も確立されてきている。不安障害やうつ病では、初発の軽症例ではまず心理療法の選択肢がある。既往歴がある場合や中等症以上では向精神薬による治療も行う必要性が高まる。特に周産期の薬物療法では、胎児や授乳による乳児への影響の懸念が加わることから、リスクと利益についての的確な判断が女性にとって可能になるように、十分な情報提供を行うことが重要である。

催奇形性については、一般に胎児奇形が生じる頻度(精神障害がなく服薬していなくても2~4%)を示し、治療によって相対的にどの位危険が増すか、何人に1人とわかりやすい表現で説明する。安全性やリスクについては決定的な証拠はないことを前提として、時期によってリスクと利益のバランスが変わる。例えば、催奇形性については、妊娠初期でも、すでに薬物を妊産婦が使用していて、胎児の器官形成期からみて絶対過敏期の妊娠週数4~7週を過ぎた段階では、急速に薬物を中断しても催奇形性のリスクは減らず、むしろ病状の再発や悪化の可能性が増す。胎児へのモニターを行いながら服薬を継続することが現実的といえる。もちろん8~15週の相対過敏期(中枢神経系の発達、口蓋の閉鎖、性器の分化)やその後の子宮内発育、出産直後には、中毒症状や離脱症状が生じること(一過性で適切な管理で自然に消失する)など慎重にモニターすべきリスクが各時期で考えられる。向精神薬を投与された母親の分娩時の児への管理では、あらかじめ十分な準備と2~3日から数週間モニターできる体制を整える必要がある。

向精神薬の母乳への移行により母乳栄養児が摂取する薬物の量は、体重あたり数%に留まり有害な事象は散見されるのみである。ただし乳児の腎機能や肝機能は成人に比較して未熟であり薬物の解毒や排泄には限界があるので、特に低出生体重児などの代謝機能や脳機能にリスクがある場合は注意を要する。

○抗不安薬

周産期の不安症状によって患者が強い不安や苦痛を感じ生活に支障をきたす場合は、不安・緊張症状、自律神経症状や不眠の軽減の目的でベンゾジアゼピン系薬物が短期間のみ用いられる。妊娠初期に服用した場合、口唇・口蓋裂の催奇形性のリスクがあり、妊娠後期から分娩時を含む周産期に本薬剤を使用した場合、速やかに胎盤を通過するため中毒症状として、児の体温調節障害、呼吸障害、哺乳力低下、筋緊張低下児症候群や、振戦、いらいら、睡眠障害などの離脱症状が時にみられる。母乳栄養児に嗜眠傾向や体重減少がみられたとの報告がある。

○抗うつ剤

うつ病の女性が妊娠したことによって、抗うつ剤による治療を中断する場合は多く、50%が妊娠後期までに再発していたという報告もあり、適切な薬物療法と薬物指導が必要である。三環系抗うつ薬とセロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)が、うつ病や強

迫性障害およびパニック障害の治療に主に用いられる。両者とも催奇形性や胎児の成長遅滞を直接証明する報告はない。また胎盤を自由に通過するため妊娠中に服薬していた場合、まれに新生児に、呼吸促迫、易興奮性、不眠、発汗、けいれん、振戦など中毒症状や離脱症状が一時的に出現することがある。妊娠中および授乳中に母親が抗うつ薬を摂取していた子どもの発達の追跡調査では、うつ病でない母親との子どもとのあいだに差がなかったとの報告がある。

○情動調整薬

躁状態の治療や躁うつ病の治療薬として用いられる。躁状態が改善していても予防の目的で服薬を継続する。どの薬物も催奇形性のリスクの報告は多いため、計画的な妊娠出産の場合には前もって、催奇形性の少ない非定型抗精神病薬に徐々に変更する。

リチウム Lithium は胎盤を自由に移行する。妊娠初期の服用によって心血管系の催奇形性（Ebstein 奇形など）が、一般人口での 1000 人中 8 人から 60 人に上昇するとの報告がある。また新生児での中毒作用として傾眠、哺乳力低下などの報告があり、母胎の血中濃度も出産前後で大きく変化するため、注意深いモニターが必要となる。カルバマゼピン Carbamazepine は抗てんかん薬としても広く使用されている。妊娠中も服用していた場合、神経管欠損のリスクが、一般人口での 1 万人中 6 人が 20～50 人に増加する。バルプロ酸ナトリウムはてんかんの治療とともに、躁うつ病の治療にも用いられるが、神経管欠損（二分脊椎、無脳症など）のリスクを 20～30 倍高める（一般人口での 1 万人の妊娠中 6 例から 100-200 例へ）。母乳への移行による乳児での有害事象の報告はみられないが、経過をモニターする事はのぞまれる。

○抗精神病薬

統合失調症や躁うつ病の幻覚、妄想、興奮などの精神病症状の治療や増悪や再発予防のために、抗精神病薬（最近では主に非定型抗精神病薬）が用いられる。たとえば妊娠中に服用していた女性の大規模調査では、Olanzapine で 1% など偶発的に生じる以上の頻度ではないと報告されている。新生児には筋緊張昂進、ジストニアなどの錘体外路症状、傾眠状態などの鎮静状態がみられることがある。母乳栄養児の体重あたりの薬物移行は、母親の数%未満とわずかで副作用の報告も少数である。精神病状態で抗精神病薬の服用中の母親が母乳栄養を希望した場合には、継続は可能と考えられる。

（3）専門医療との連携

妊娠中の出産・育児に向けての準備や出産後は毎日とぎれることのない育児のさなかで、母親が自分自身へのサポートを求めて専門的な治療資源にアクセスできる機会は限られている。母子保健に関わる様々な職種の専門スタッフが精神保健の視点をもって母子や家族と出会い、多面的なサポートを提供する起点となることがのぞまれる。地域の多職種による周産期精神保健チームから、総合医療機関の周産期精神保健に関する専門スーパーバイザー、入院治療の出来る施設まで、重症度と必要な専門性に応じたステップ別の多職種ネットワークを組織し、紹介経路のプロトコールを作ることが求められている。

13. 妊娠中の健康づくり

多くの女性にとって妊娠は、新しい命を育んでいるという自覚のもと、初めて自分の生活習慣を深く考えるきっかけになっている。その母親としての愛情のはじまりともいえる気持ちを大切に、健康への関心を持ち続けることができるよう妊婦に関わる人々が応援し、支えていくことが重要である。

(1) 食生活

近年、若い女性の栄養素の摂取不足、欠食およびやせが増加してきており問題となっている。妊娠期においても、必要な栄養摂取が確保されていない現状が明らかとなってきた。妊娠前の体格や妊娠中の体重増加が低出生体重児の出生頻度に関連するといわれており、次世代への健康への影響が憂慮されている。妊娠中の適切な体重増加の目安を示すことを目的として、「すこやか親子 21」推進検討会により「妊産婦のための食生活指針」が作成された。現在、妊婦はエネルギーをはじめ、鉄などの摂取量が確保されていない状況であり、神経管発生異常予防のため適正摂取が推奨されている葉酸についても十分摂取できていない。葉酸の供給源のひとつである緑黄色野菜の摂取量も不十分である。指針は9項目から構成され、「日本人の食生活摂取基準（2005年版）」および「食事バランスガイド」を基本とした「妊産婦のための食事バランスガイド」が提示されているほか、適正な体重増加、母乳育児、たばこや飲酒についても幅広く述べられている。

基本的ともいえることではあるが、妊婦の食生活を把握し、妊娠前の体重からどれくらいの体重増加が望ましいのか理解を促し、強制ではない関わりをしていく。行きすぎた体重抑制のあまり、胎児に対する感情が損なわれないよう注意する必要がある。

【葉酸】

葉酸は水溶性ビタミンB群の一種であり、生体内での核酸合成の際の補酵素として重要である。緑黄色野菜、大豆、きのこ、穀類に含まれている。妊娠前より葉酸をより多く摂取することによって、二分脊椎などのNTD (neural tube defect、神経管発生異常)を防ぎうることは1991年に発表されている。日本においても、2000年より厚生労働省が1日400 μ gの葉酸摂取を勧めているが、いまだ一般的に普及しているとはいえない。わが国ではNTDの頻度は諸外国と比べ低いとされてきたが、最近二分脊椎の発見が増えてきているといわれている。この増加には、診断精度の向上も寄与していると考えられるが、注意すべき状況であるといえる。妊娠可能な時期にある女性の葉酸摂取の重要性が増していると言えるが、食事による葉酸摂取では不十分である点には注意が必要である。最近サプリメントなどで補給できる状況であるが、いずれにしても十分な摂取の必要性についてはさらなる勧奨が必要である。

(2) 喫煙

妊娠中のたがこの弊害について述べている著述は多い。わが国の20歳代女性の喫煙率は25%に達しており、増加傾向である。最近の日本人女性の初産年齢は20代後半となっているので、20代の女性が妊娠をきっかけに禁煙を行っているかどうかは健康教育の効果を知る上でも重要なことであると考えられる。大井田らの研究によると、妊娠前に喫煙してい

たが、妊娠中には喫煙していない妊婦の比率は平成 14 年の 24.6%に比べ、平成 18 年は 25.7%とわずかながら増加していた。

妊婦の喫煙率は喫煙により血管の成長や分化が妨げられることが明らかになっており、妊娠と関連がある障害としては、胎盤の異常、破水、早産、低出生体重児、周産期死亡、乳児突然死症候群などがあげられている。

妊婦の禁煙も重要であるが、ともに暮す夫を始めとする家族の禁煙はさらに重要である。副流煙による血管への障害は喫煙していた者より、副流煙を吸っていた者のほうが強いことはよく知られているからである。

胎児への弊害を理解するよう働きかけ、妊婦とその家族の禁煙をすすめる。

(3) アルコールなどの嗜好品

妊婦のアルコール摂取による先天異常の典型例は fatal alcohol syndrome (FAS、胎児性アルコール症候群)として知られており、低出生体重、中枢神経障害および特有な顔面の低形成である。最近の女性の 33.6~73%が飲酒しており、20 歳代の女性が最も多いとされている。妊娠を期にどの程度飲酒を控えるべきかについては明らかではないが、母乳中のアルコール濃度は血液中のアルコール濃度のほぼ 90%以上に達することから考えると、出産後もひきつづき注意が必要であるといえる。

嗜好品については、コーヒーなどに含まれるカフェイン摂取の影響がある。一般的に女性は妊娠すると生活習慣を改善して、コーヒーを飲む量を減らす人が多い。カフェインは胎盤の血流量を減らすことが知られている。さらに、同様の作用を引き起こすタバコとカフェインをともに摂取することによって低出生児の出産につながるということが明らかになっている。

(4) スポーツ

従来、わが国では妊娠中の運動は控える傾向にあった。しかし、医学の進歩に伴い肥満の予防、気分転換、体力維持、持久力の獲得などを目的として妊婦のスポーツが勧められるようになってきている。妊婦にとって望ましい運動の条件としてはやはり安全であることがあげられる。2004 年には、日本臨床スポーツ学会学術委員会が妊婦のスポーツの安全基準を策定している。これらの基準は正常妊娠を前提としているが、近年糖尿病をはじめとした合併症妊婦に対する効果も認められてきており、適応の幅が広がっていくものとおもわれる。

1 4. 医療機関と地域との連携

(1) 早期のトリアージと関係性作り

ほとんどの女性が病院、診療所の産科で分娩をする現在の状況を考えると、育児支援、虐待予防のためのハイリスクのケースを早期に発見し、早期に支援者との関係性を構築し早期に支援を始めるまたは早期に支援の準備を始めるためには、産科のスタッフは大きな

役割を担えるといえる。

医療機関のスタッフは顔見知りになるので関係性が作りやすく、信頼度も高いので支援の発端者としてはとても有利な状況である。それを認識し、強い介入をしなくても、関係性を保ち、「困った時うれしいときなんでも言ってね」という状態を続けることが重要で、それにより、いろいろな情報が得やすくなる。

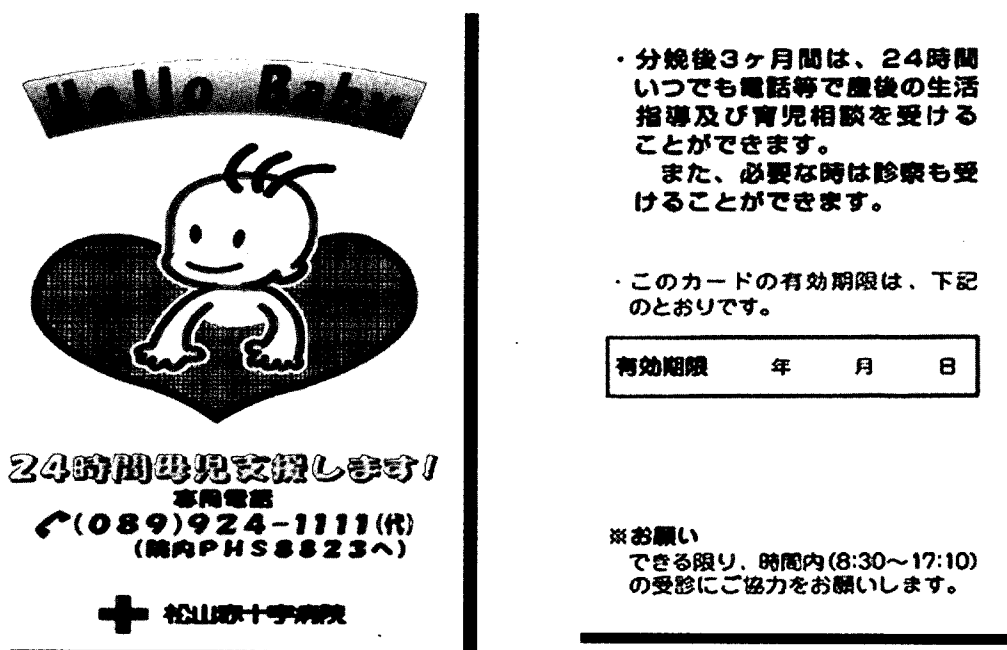
【松山赤十字病院の実践例】ハローベビーカード

(生後3ヶ月までの産科スタッフによる電話相談)

退院時、「ハローベビーカード」(図15)を発行し母親に渡す。生後3ヶ月間は、24時間いつでも電話などで産後の生活指導や育児相談を受けることができ、必要時産婦人科、小児科医師の診察を受けることができることを説明する。

カード保持者から院内PHSに電話連絡が入ると、平日時間内では病棟助産師は相談内容により産婦人科又は小児科外来に連絡し、必要により医師が対応・診察する。休日・時間外では病棟助産師は当直産婦人科又は小児科医師に連絡し、診察時は日直・夜勤看護師が対応する(図16)。

<図15>ハローベビーカードの表と裏



Hello Baby

24時間母児支援します!

専用電話
☎(089)924-1111(代)
(病内PHS8823へ)

+

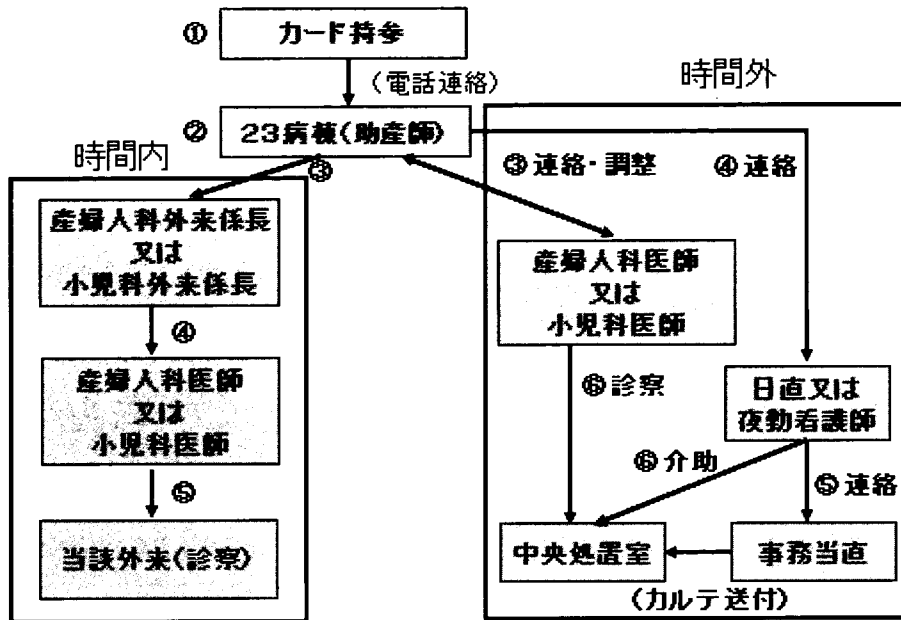
松山赤十字病院

- ・分娩後3ヶ月間は、24時間いつでも電話等で産後の生活指導及び育児相談を受けることができます。
また、必要な時は診察も受けることができます。
- ・このカードの有効期限は、下記のとおりです。

有効期限	年	月	日
------	---	---	---

※お願い
できる限り、時間内(8:30~17:10)の受診にご協力をお願いします。

<図16>ハローベビー フローチャート



相談件数は、平成18年では887件あり、平均すると一人あたり1.59回の相談をしたことになり、育児支援には効果が高いと考えられる。相談時間帯は、時間内、時間外ほぼ半数であった。時間外での対応が重要で、心配ならすぐに電話できる対応が安心感を与えると思われる。相談時期は、生後1ヶ月未満が43%、生後2か月までで79%であった。やはり分娩後早期の重点的対応が必要と思われる。相談内容は母親のことが30.4%、児に関することが69.6%で、内容は特別重症な緊急のことではない。支援されているという安心感を与えること、個人情報を持っていてよく知っているスタッフが答えることが適切な支援につながると思われる。指導した内容は、入院は0.9%、来院して助産師の指導が8%、医師の診察が17%で、75%は電話のみで安心している。関係性のとれたスタッフによる電話相談のコミュニケーションのとりやすさも伺わせるデータと思われる。

(2) 傾聴の重要性

妊婦やその家族にとって医師や助産師など産科のスタッフには、将来の育児困難や現在の不安について話しにくい部分がある。産科以外のスタッフが傾聴すると効果が多い。

【松山赤十字病院の実践例】

①心理カウンセラーによる双胎サポート

産科のスタッフより双胎または多胎の妊婦の同意の下に、小児科の心理カウンセラーが妊娠24週頃より妊婦へのカウンセリングを行う。育児支援の情報をスタッフと共有するとともに、妊婦の不安を軽減する効果がある。

②傾聴ボランティア

妊婦健診、生後1週以内健診、1ヶ月健診の診察前に、30分程度の心理ボランティアによる妊婦、母親への聞き取りを行う。傾聴ボランティアは心理学に基づいたカウンセリング実践講座を4年以上学び、院内のボランティア研修を受けた有志が登録し、

人数は平成19年8月現在68名、年齢は平均49歳、のべ活動回数は平成17年6月～H9年8月で2,496回であった。傾聴内容は、妊娠に対して肯定的か、否定的かの確認、不妊治療後妊娠の確認、胎児への愛着形成の確認、母親の心身の体調不安の有無、経済的不安の確認、育児サポート者の存在確認、パートナーとの関係（既婚かシングルマザーか）などである。いずれも時間をゆっくりとりながらなごやかに話すことで、貴重な情報が得られている。

結果としては、傾聴上の育児支援の必要なハイリスク母子は全体の16.5%であり、高い支援の必要度であった。問題点としては、①父母の疾患（精神障害、慢性疾患、軽度知的障害等）、②経済的困難、③家庭環境の問題（シングルマザー、障害者のきょうだい、異父母のきょうだい、未成年出産など）、④ネグレクト、⑤子どもの問題、⑥育児不安（高齢出産、不妊治療）などがあげられる。平成17年6月から19年3月までに対応した連携が必要であった症例は16.5%（1,395件中230件）であり、内容は表20のとおりである。

<表20> 傾聴ボランティアが把握した連携が必要であった事例

分類	症例	数	連携先
①父母の疾患	精神障害	28	SOSネット(専門保健師)
	慢性疾患通院中	18	保健師
	軽度知的障害	6	保健師、保育士
②経済的困難		4	SOSネット、市福祉課
③家庭環境問題	シングルマザー	29	SOSネット
	兄弟の死・障害	12	小児科医、カウンセラー
	DV	11	SOSネット
④虐待	ネグレクト	4	SOSネット、小児科医、児相
⑤子どもの問題	子どもの器質的障害	11	子育て支援相談室カウンセラー、小児科医
⑥育児不安	漠然とした不安	78	保健師、小児科医、SOSネット 子育て支援相談室
	高齢出産、不妊治療	19	保健師、SOSネット 子育て支援相談室
	未成年出産	9	保健師、子育て支援相談室 SOSネット、児童相談所
合計		230	(重複あり)

(3) 保健師など地域との連携

書類による連携よりも医療機関で最初の対面をすることにより、家庭訪問や電話による相談が受けやすい。妊娠中、産後入院中に地域との連携のファーストタッチをしておくことが重要である。特に小児科医、小児科カウンセラーが連携のスーパーバイザーとしての役割を果たすことが適切な育児支援や虐待予防につながると思われる。

(4) プライバシーについて

地域との連携の場合個人情報流出するので、必ず口頭で同意をとる必要がある。その場合「お腹の赤ちゃんの支援のために」または「この子の支援のために」と説明をする。「妊婦やその家族のため」とすると自尊心を傷つけ、連携がうまくいかないことが多い。

（５）ペリネイタルビジットの活用

地域の小児科医との関係性は重要である。育児支援は虐待のリスクが高いほど家庭訪問がしにくく、関係性がとりにくいことが多い。妊娠中から小児科医が関わることにより、妊婦やその家族と保健師、助産師、看護師などのスタッフとの関係が保ちやすくなる。

ペリネイタルビジットは厚生労働省が医師会と連携してすすめている事業で、出産前小児保健指導事業ともいう。妊産婦が産科医からの紹介状を持ち産前や産後1～2ヶ月までに小児科医を訪れ、小児科医や看護師から育児や子どもの病気のことを聞くことで事前に育児不安を予防することが目的であるが、地域により取り組みがなされていないところもある。ペリネイタルビジットがあるところでは、積極的に妊婦に利用するようすすめていく。

15. 親子の愛着を高め虐待を予防する支援のポイント

（１）支援の基本的ポイント

妊娠中から母親との信頼関係を構築することは、出生後の育児支援が受け入れられる重要な要因となる。新しい命を生み出す妊婦に対しての支援は「社会から守られている」という自尊感情、自己肯定感を支えることにつながり、孤独感におちいりやすい妊産婦を心理的情緒的に支えることになる。あらゆる場面から虐待ハイリスクを把握し、母親が安心して妊娠継続ができ、また出産、育児に臨むことができるよう社会資源につなげるとともに、生育歴やパートナーとの関係から支援者が少なく子どもとの愛着の形成が危惧されるときには、妊娠や出産への不安を話すことができるよう受容し、子どもを迎える準備をともにしながらカウンセリング的に関わっていく。

①ハイリスクの把握

妊娠届出、産科医療機関との連携から、届出が遅い、若年などのハイリスク妊婦を積極的に把握する。把握するリスクの内容は、「3. 周産期と子ども虐待」を参照のこと。

リスクが重なっている場合、すでにきょうだいへの虐待が確認されている場合、知的障害やこころの問題を持つ場合は、乳幼児虐待リスクアセスメント指標の「養育者の背景」（妊娠分娩状況、虐待歴、被虐待歴、精神・性格状態、問題への対処、アルコール・薬物等、家族の問題、経済状況、生活状況、保健師の受け入れ）、家事能力がどれくらいあるのか、人との基本的信頼が築けるか、共感性はどうかなどを把握し、出産以前に関係機関でカンファレンスを開催することが必要である。

②親との関係、パートナーとの関係、子どもの受容の把握

これまで述べてきたように、生育歴、パートナーとの関係が子どもとの愛着形成に影響を及ぼす。小さい頃はどんな子どもだったのか、親にどのように育てられたのか、愛された思いをもっているかを把握する。パートナーについても、計画した妊娠か、妊娠を知ったどのような反応であったか、胎児へのかかわりはどうかなど、DVがないかも念頭に置いて関係を把握する。子どもについては、妊娠を知ったときどんな気持ちだったか、胎動をどう感じるか、小さい頃子どもと接したことがあるか、子どもや子育てのイメージはど

うかなどを把握する。子どもを否定する発言が出てきたときは、決していさめずに、どうしてそのように感じるのか、カウンセリング的に話を聞いていく。

③支援内容

生活や経済の問題がある場合は物質的サポートを、相談できる人や安心してころから寄り添える家族友人がいない、理解者がいない場合は、保健師や助産師がまず相談できる人になるなど情緒的サポートを、妊娠・出産・子育ての制度を知らない、知識がない等の場合は情報サポート（情報の提供）を行う。そして、母親自らが持つ課題の整理ができる、自らの権利として制度の選択を意思決定することができる、制度の利用ができるよう行動化できるよう支援する。支援の方向性としては、母親が「やればできる」という自己効力感が芽生えるような視点で支援することが重要である。

また、②で把握した問題がある場合は、カウンセリング的姿勢で子どもを持つ“巣作り”を支援していく。子どもの帽子や靴下を編むなどといった具体的作業をしながら妊婦と話しをすることで、子どもへの思いを形として見えるものに作り上げ整理することができる。

生育歴の問題がある場合、里帰り分娩かどうかなど実母の関与を聞き出し、それに対しどのように感じているのか感情を整理できるよう受容する。実母に働きかけることが可能なら、助産師と連携して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よう。

妊娠期間は短く、仕事を持っている妊婦はさらに家庭にいる期間が短い。「何かあったら電話してね」ではなく、アセスメントにもとづきハイリスク妊婦には具体的に次の関わりのスケジュールを示す。妊娠8ヶ月には“巣作り”の確認を行い、再度リスクをアセスメントし、必要に応じて関係機関と連携して支援していく。また、分娩機関から家に帰った当初がもっとも不安が大きいことから、退院日を確認し時期を逸せずに電話訪問などを行う。

きょうだいがいる場合、赤ちゃんが生まれるとどのような変化が起こるか、具体的な対処方法を考えるところまで支援するのも虐待を予防するためには重要なことである。

【ハイリスクを把握する取り組みの工夫】

尼崎市：妊娠届けから支援に確実につなげるために、母子健康手帳の配付場所を集中化

尼崎市では、市民の利便性に配慮して、母子健康手帳を保健所・保健センター以外の市役所市民課、支所、出張所でも交付していたが、市民課・支所等では保健師の妊婦面接ができず、母子保健活動の最初の出会いである場を大切にしたいと長年保健サイドでの配布・面接を要望していた。

平成18年度の市の機構改編で、6か所の保健センターが1所に集中し、6か所の支所の建物の中にそれぞれ保健センター地域保健担当として入ることになったのを機会に、支所で行っていた妊娠届受理と母子健康手帳配布を地域保健担当で行うことになり、大半の妊婦に面接ができるようになった。

(2) 若年妊娠

女性の高学歴、晩婚化で少子化対策が叫ばれ出産年齢が高齢化している一方で、若年妊娠は統計的に著しい増加はみられないものの死産率が高く、産後も社会的問題を抱えた支援が必要なハイリスクである。また妊娠届出等から把握がしやすく、効果的な支援が可能な対象である。

<傾向>

○社会的に発達途上である。

通常、社会経験が学校と家庭にとどまるなど狭く、生活経験も少ないため、自己表現力に乏しい。コミュニケーション力が育っていないと「はい」「別に」「普通」といった会話にとどまりやすく不安や問題が表出しにくいのに加え、さまざまな自己決定能力に欠ける傾向がある。実母の存在が大きい場合は特に妊婦本人の意思や主張が把握できず、主導権が実母であることも多い。当然、パートナーも若年であることが多く夫婦そのものの交際期間が短いと夫婦としての絆が未成熟な場合がある。生活能力も発達途上であり、家事、育児の技術が身につけていないことも多い。

○経済的に自立していない。

就学中であったり就労していない場合が多く、パートナーも同様に若いため経済的基盤が不安定である。しかし実家のサポートなどがあり妊娠を肯定的な家族背景の場合は、比較的若く現役世代の祖父母の力を借りて生活していくことも多い。

○一般的な妊婦のグループになじみにくい。

地域でのコミュニティが少なく、世代が違うことで一般的な母親のグループになじみにくい。妊娠出産についての知識が不足しがちな点に加え、さまざまな情報の入手方法が雑誌やインターネットなどによる場合も多いので社会的サービスなどを知らない傾向にある。

○最初は連絡がとりにくいことがある。

携帯電話中心で連絡がとりにくく、居留守をつかったり約束をとりにくい傾向にある。また同居家族がいる場合、妊娠について認識、肯定されていないこともあり、連絡しにくい場合がある。

○素直で一生懸命、がんばりすぎるタイプも多い。

妊娠を喜び前向きに将来を見すえている妊婦もいる。「若いから」と言われたいよう完璧を求めががんばる姿も見られる。

○社会的支援がより必要な人たちである。

カップル共に学生である場合も多く退学を余儀なくされたり、家族が周囲から非難されることもある。本人の気持ちを受け止め、妊娠・出産をサポートできる社会的な支援が積極的に受けられるような配慮が必要である。

【事例】

18歳の高校生。妊娠が判明し、最初は悩むがパートナーと入籍する約束をし、出産を決めた。

当初、実母から近所の目もあり外出を控えるよう言われており、家庭訪問しても不安や気持ちを表現できない。産後のイメージもあまり持っていないように感じられたが、

実家の家族のサポートは大きく、高校も残りわずかだったので無事卒業できた。出産後も育児や妊婦自身を支えていきたい気持ちを伝えながら、妊娠期からのかかわりを続けた。いったんパートナーと同居を始めるため実家を出るが、DVをうけ実家に戻り両親のサポートを得ながら出産にいたった。

産後は母子の健康管理を見守りながら、保健師のみでなく助産師訪問も利用し、赤ちゃんの抱き方から授乳の仕方など具体的な育児方法をアドバイスし、また市の赤ちゃんサークルを勧奨した。そこで気の合うママ友達を作り、子育てにも慣れていった。4か月児健診には保健師に子どもの成長をうれしそうに語るまでに成長した。



最初はコミュニケーションも難しく、妊娠を肯定的なのか把握しにくかったが、妊娠出産を経験する中で、自身の成長がみられ母親になっていく過程を支援者が感じられたケースである。その中でサポートのキーパーソンとなる実母、同世代のママ友達の存在があり、支援者がそれを意識して関わっていくことが大切である。また、若年ならではの素直さと柔軟性があり、早期にかかわることで、今後の自立支援にもつなげることができる。

<アセスメント>

- ・ パートナーとの関係性はどうか。結婚の予定はあるのか
- ・ 経済的問題はないか。妊婦健診、出産費用は確保できるのか
- ・ 妊娠をどう受け止めているのか
- ・ 妊婦健診等必要な医療を受けているのか
- ・ 実家との関係性、どのように育てられたのか
- ・ 実母など協力できるサポート体制は整っているのか
- ・ 社会生活、学校生活はどうするのか
- ・ 妊娠出産についてどの程度、知識と技術があるのか
- ・ 信頼して相談できる人はいるのか

<支援のポイント>

- ・ 妊婦が主体的に出産・育児に向かうことができるよう、自立に向けての支援を行う。出産育児の具体的なイメージや手法がわからないと、何が不安なのかも訴えない傾向にあるので育児スキル、生活スキルを具体的にわかりやすく支援する。そして自分が母として養育に責任ある立場であることをメッセージとして伝えていくことが重要である。

- ・能力的に自立困難な場合は、ネグレクト状態を回避するためキーパーソンを意識し、積極的なサポートを入れていく。その場合も親性を育てるために、自立可能な部分を取り上げない配慮が必要である。
- ・生活力、育児力を見極めてパートナーとともに成長できるよう支援する。家族としての形態が浅いことが多く、夫婦間の役割と親としての役割を同時期に担うことになることに配慮しサポートする。
- ・情報量が多い世代だが、信頼できる「人」を介した情報を伝える。地域の同世代ママの紹介など身近な相談者を確保できることが望ましい。
- ・支援者は「何をしてくれる人」なのかを的確に伝え、指導的、威圧的にならないよう配慮し、話しやすく適度にフレンドリーな関係を心がける

(3) ひとり親

現在離婚率が増加する中ひとり親家庭、未婚の母が増加傾向にある。経済的状況を見ると母子家庭の平均年収は213万円で、これは一般世帯を100とすると37.8にすぎない(平成18年)。このように、シングルマザーをとりまく状況は大変きびしいものがあり、支援者がいない場合、子どもの虐待のハイリスクである。

<傾向>

育児期に支援するひとり親家庭は、離婚して母が子育てを担っている場合が多く、妊娠期では妊娠しても未入籍を希望した場合や何らかの事情で入籍できず、今後シングルマザーとして子育てをしていく場合が多い。

○心理的に不安定である。

自ら肯定的に未婚を選ぶ場合と偶然的に未婚になってしまった場合とでは妊娠についての受け止め方、精神的安定に大きな違いがある。

希望して婚姻関係に至らない場合以外でも出産を決意するまでに葛藤があり、パートナーと別離する場合は自らの喪失体験を経験しつつ妊娠期を過ごすことになる。

○経済的基盤が弱いことが多い。

産前産後において就労できず、母子家庭の認定が認められるまでは制度も利用できないので、経済的に困窮することがある。育児期においても経済的問題が大きく、就労する場合には育児との両立についての不安がある。

○ひとり親にいたる背景に若年や知的障害があつたり、精神疾患などを併せ持つ場合がある。

○今後パートナーとの結婚などによる家族形態の変化や育児サポートを求めての転居も多く、継続支援が難しい。

【事例】

20歳の初産妊婦。パートナーとは入籍予定はない。医学的ハイリスクもあり医療機関より紹介され担当保健師が妊娠期より関わりを開始する。

実家で生活しサポートは期待できる。当初保健師にあまり信頼感を表さず、特に不

安はないと話す。しかし医学的リスク、定職がなく経済的問題、パートナーに対し認知を希望していることから認知について書類の手続きの問題などがあり、関係福祉について担当課との調整を行った。

産後は定期的に家庭訪問を実施し、サポートのキーパーソンである実母とも顔を合わせた。その後自ら子供の発達について質問するなど育児に積極的になり、シングルマザーとして生きていく決意を固めた。保健師は、保育所や就労の相談に対応するとともに、パートナーと別離するための相談を受けたことから、法的な相談窓口の紹介も行った。



妊娠期に本人の問題関心である医学的不安と認知問題にかかわることにより、産後の継続支援が可能になり自ら支援を求める行動がとれるようになった。

シングルマザーを選ぶにいたるが、決意するまでに家族の経済的支援とサポート体制があつてこそ自立することができた。

<アセスメント>

- ・ 妊娠出産についての受け止め方はどうなのか、(肯定的、否定的)
- ・ 産後母子世帯で生活するのかなど、具体的イメージはできているのか
- ・ サポート体制は整っているか
- ・ 経済、就労は安定しているか
- ・ 認知、養育費等の法的な問題は解決しているか
- ・ 生育歴、親との関係性はどうか
- ・ DV 歴はなかったか、またそのトラウマをかかえていないか

<支援のポイント>

- ・ 個々の複雑な家族背景や生育歴を持っていることを理解する。ひとり親を選択するに至った経緯はさまざまであるが、悩んだり傷ついたりしながら妊娠期に至っていることに配慮し、前向きに出産できるよう支援することが重要。
- ・ 現在の問題関心は何なのかをよく聞き、適切な支援を入れることで信頼関係を築く。何でもひとりでやらなければという気負いを和らげ、SOSの出しやすい関係作りを心がけるとともに、まずはその妊婦の問題や不安に耳を傾けることが、産後の育児支援にもつながっていく。例えば、認知について悩んでいれば法律相談の案内、経済面で不安があれば母子扶養手当や助産制度など制度についての適切な窓口への紹介など、コーディネータ的な役割をすることも必要であろう。そのためには他機関の情報を知り役割分担できるよう心がける。
- ・ ひとり親であっても実家などで生活し両親兄弟など比較的大人のなかで生活する場合もある。養育の中心となる人がいないと大家族の中でもネグレクトは起こりうる危険性に注意する。

支援計画は次の3点に注目して立案する。

- ①子育て支援：孤立しないよう相談者やサポーターを確保する。キーパーソンとなる人

もふくめ支援する。

②生活支援：ひとり親の制度、情報を取り入れ、医療や住居など安定した環境作りを支援する。公的な制度で利用できるもの、インフォーマルなサービスなど幅広い情報が必要。

③就労支援：経済的安定のため関係窓口との調整が必要。保育所情報の提供。

<ひとり親支援施策>

相談窓口

婦人相談所	各都道府県に設置。さまざまな問題について相談に応じる。
家庭問題情報センター	元家庭裁判所調査官が有料で相談に応じる。
家庭裁判所	家庭問題に無料で相談に応じる。
児童相談所	子どもや家庭に関する相談に応じる
福祉事務所	市町村の一般福祉窓口。母子自立支援員婦人相談員などが配置されている。

経済的支援

母子福祉資金貸付制度	母子家庭を対象にした貸付制度。無利子または低利で貸付。
児童扶養手当	母子家庭を対象に支給される。所得制限あり子どもが18歳になるまで支給される。
ひとり親家庭医療費助成	所得制限あるが、子どもと親にかかる医療費の一部を助成。
生活保護	最低生活を保障するための国の制度。福祉事務所に申請。

就業支援

母子家庭自立促進対策事業	自立促進に役立つ講習会を行う。
自立支援給付金事業	自立促進に役立つ指定講座を受講、終了した場合の経費の一部を助成。
母子家庭高等技能訓練促進事業	看護師、介護福祉士など資格取得のための修業する場合、手当てを支給。
就業・自立支援センターによる支援	都道府県ごとに就業についての相談に応じる。

子育て支援・生活支援

日常生活支援事業	ひとり親家庭が何らかの理由がある場合にヘルパーを派遣し生活を支援。
母子生活支援施設	18歳未満の子供を養育している母子家庭が一時入居できる施設。
公営住宅の優先入居	母子世帯向けに優先して入居できる制度
子育て短期支援事業 (ショートステイ・トワイライトステイ)	何らかの事情で一時的に養育できない場合に子どもを保護する制度。
ファミリーサポートセンター事業	支援を受けたい人と提供したい人を登録し、地域で子育てを支援する事業

(4) 多胎妊娠

不妊治療のための排卵誘発や、生殖補助医療技術の普及で、多胎児の出生率は増加傾向にある。一方で核家族化とともに家庭機能や近隣社会のあり方が変わり、多胎児を育てる家庭にとって様々な社会的支援が必要になっている。

多胎児は、妊娠、出産、育児を通してリスクの高い存在である。多胎妊娠の場合、妊娠高血圧症候群をはじめとする合併症や早産、低出生体重、さらにそのことにより後遺症が発生することがあるなど、単胎の場合より手厚いケアが必要である。また、多胎の妊娠は、妊娠早期から母体の精神的肉体的ストレスが大きく、出産後の育児においても多くの苦勞が伴う。これらのことから、細やかな支援が必要であり、妊娠中から多胎児の子育ての会に参加を促すなど仲間づくりも必要である。

多胎児をもつ母親の調査では、育児に関する行政への支援内容は以下の点があげられていた。①経済的支援、②病院受診、保健機関の健診受診、予防接種時の外出ヘルパー、③多胎児妊娠や多胎児を育てている父母を対象にした子育て学級の充実、④多胎児用にベビーカーでも外出しやすいように道路や公園などの環境整備、⑤ホームヘルパーによる家事支援等である。多胎児をもつ母親に対しての支援はこれらの課題を視野に入れた支援姿勢が求められる。また大阪府における多胎児の親の会員の意見は、「双子の育児が自由に語れる育児仲間がほしい」、「きょうだいの世話や双子では外出できない」、「切迫流産で入院生活が長く不安が大きくしんどかった」、「つわりがきつかった」等があげられていた。

<アセスメント>

多胎のうち頻度の多い双胎について述べる。

①一卵性か二卵性か

一卵性双胎は、一個の受精卵が2個に分離し、二卵性双胎は2個の卵子が2個の精子とそれぞれ受精して受精卵となるが、リスクに違いがあることから、診断されているかどうか把握する。

妊娠、分娩のプロセスにおいては、あまり問題がないが、生まれてきた子どもの予後に違いがある。先天性奇形や発育・発達に障害を持つ子どもは一卵性に多く、二卵性の場合の障害の発生率は、単体とほとんど変わらない。

発育に影響を及ぼすような体重差は一卵性に多く現れる。特に一つの胎盤を二人の子どもが共有している場合には、「胎盤が子宮のどこに着いてどういう形で大きくなっていくか」「二人の子どもの血管がどのような形でつながっているか」「臍帯が胎盤のどの辺に着いているか」ということに体重差の出る、出ないが影響される。このような絨毛膜の診断は妊娠の初期（おおよそ14週まで）に行なわれている。

②不妊治療の結果の多胎かどうか

不妊そのものが母体のホルモン環境のアンバランスによることが多く、比較的重症の卵巣機能不全に排卵誘発剤を強力に使った場合に、一度に何個も排卵することから多胎になる。母子手帳交付の際に多胎であることがわかっているならば、妊娠に至る経過についても不妊治療を経ているかどうか配慮をして聞く必要がある。不妊治療後の妊娠である場合には、「(7) 不妊治療後の妊娠」を参照のこと。

③多胎を本人及び家族がどう受けとめているか

多くの場合、複数の生命を授かってうれしいという気持ちよりも、まさかという驚きの気持ちの方が強く、また同時に、さまざまな心配事や不安が心をよぎるようである。たとえば、帝王切開になるのだろうか、未熟児で生まれてくるのだろうか、入院費はどれくらいかかるのだろうか、どうやって育てればよいのだろうかなどである。また、夫も多胎児の子育てのイメージが持てず、とまどいの反応を示すことが多い。

妊娠の喜びの気持ちより、あれこれと心配事や不安が強く感じられても、それは、何もおかしいことではなく正常な反応であること、むしろその心配を乗り越えていくことが、子どもを受け止めていく上で大切なことであることを妊婦に話し、困難さは倍以上の子育ての喜びとなっていくと励ましていく。

また、祖父母が多胎であることに偏見を持っている場合、夫にそのことを相談し、妊婦の味方となり多胎への理解を促すよう働きかけたらどうかとアドバイスを行うことも必要になる。

④妊娠中の母体の変化と管理

- ・単胎に比べて急激におなかが大きくなる
- ・体重も急激に増えてくるので、浮腫が出やすく、疲れやすかったり、腰や背中痛み、静脈瘤や痔などもおこりやすい。
- ・妊娠高血圧症候群が出やすい。
- ・流産が多い。36～37週前後（予定日より3～4週前）で生まれる子どもたちが大半。早産も一卵性のほうが高い。
- ・貧血が高い頻度でおこる。
- ・羊水過多が多い。

<支援のポイント>

①妊娠中の合併症への支援

- ・妊娠高血圧症候群の予防のために、「体重増加を抑える」「水分の摂取を抑える」「塩分を減らす」等の指導を行う
- ・妊娠高血圧症候群が重症であったり、おなかの張りが続いて早産が予測される場合は、安静のために入院をすすめる。入院できない場合、通常の睡眠のほかに1日1～2時間くらいは横になって休むとか、家事は手を抜いて体をいたわることが大事と伝える。そして、できるだけ満期まで持たせてお産に持っていく。
- ・栄養は、ビタミン、鉄分やカルシウムを十分取るようすすめる。

②早期に管理入院となることも多く、早めの出産準備をすすめる。

③健診の勧奨

妊婦健診は妊娠23週まで4週間に1回、36週まで2週間に1回、分娩まで1週間に1回が目安であるが、多胎妊娠の場合、単胎の場合より1.5～2倍くらい回数が増える。単胎妊娠で4週に1回のところが2～3週に1回、2週に1回のところが1～2回になるなど間隔が短くなる。とくに、1絨毛膜性双胎の場合や、妊婦に合併症のある場合などリスクが

高いときには、健診の回数が増えることから、受診を勧奨するとともに受診状況の確認を行う。

④多胎の妊娠・出産・育児に役立つ社会支援の提供

多胎に特有の問題や心配事を相談、対応できる場として、病院や地域の保健所・保健センターなどで開催されているふたご教室や多胎教室、また多胎のサークルに妊娠中からの参加をすすめる。そうしたなかで、見通しの持てる育児が行えるようになる。

⑤愛着形成への支援

子どもは体重差、成長差があるので、出産後の退院が二人同時でないことも多く、母親の子どもへの愛着の違いが出てくることがある。片方の子が集中治療室に長くいたり、その他の理由で退院が遅れたりした場合に、遅れて退院したほうの子に親しみを感じないこともみられるが、じっくりつきあっていけるよう母親に寄り添い支援していく必要がある。母親自身を精神的に楽にし、新しい家族を心から迎え入れる準備を少しずつしてもらうためには、早期の面会および新生児へのアタッチメントが大切である。

⑥支援者の確保

妊娠中から支援者の確保を行う。実母や夫の母など身内の協力を必要としている傾向があるが、とくに夫の関与が重要であり、夫が多胎児の育児を共同で担う覚悟ができていることを確認することが重要である。里帰り分娩になった場合、両親など家族の支援を受けることが多いが、いつ自宅に戻り核家族で育児を行っていかれるかと相談を受けることもあり、他の多胎児出産の先輩ケースの例などを紹介するとよい。

<多胎児分娩で利用できる制度>

①産前休暇

働いている女性の産前休暇は、多胎の場合 14 週間。

②出産育児一時金

医療保険で一児ごとに 35 万円が支給される。また、市区町村や各健康保険組合によってはプラスアルファがある。万が一、死産の場合でも妊娠 4 か月を超えていれば適応になり、あわせて家族埋葬料が支給される。

③未熟児養育医療制度

養育のため指定医療機関に入院することを必要とする未熟児に対し、その養育に必要な医療を行う（母子保健法第 20 条）。出産時の体重が 2,000g 以下の赤ちゃんは「未熟児」の扱いになり、新生児で入院が必要な場合、自己負担額を公費負担する。2,000g を超えていても適用される場合もある。医師の意見書をもらい保健所に申請する。

④双生児家庭訪問事業

多胎児育児中の家族が在宅保育でベビーシッターを利用したとき、年 1 回に限り利用料の一部を助成する。財源が厚生年金保険特別会計なので、対象家庭が限定される。

[対象者] 社会保険（健康保険と厚生年金）の加入者のみ。国民健康保険と共済組合加入者は利用できない。

[子の対象年齢] 3 歳未満。また、利用者の家庭内での保育のみ。

問合せ先・連絡先：ベビーシッター協会 TEL：03-3797-5020 fax：03-3797-5022