

## (5) 高齢出産

35歳以上の初産を高齢初産婦としているが、高齢出産の割合は年々増加してきている。現在では35歳以上という年齢だけでは大きな産科的問題はないと考えられるが、一見、生活にゆとりがあり支援が必要ないように見受けられても、身体的な負担や育児の不安があったり、不妊治療後の妊娠の場合などもあり、細やかに観察し適切な支援を行う必要がある。

### <傾向>

- 一般的に高齢妊婦は出産まで就労しており、経済的にも余裕があり、落ち着いた感じの人が多いが、マニュアル的に物事を考え柔軟に対応できない傾向にある。
- 妊娠を機に仕事を休業、退職することに加え、これまでの地域でのコミュニティが少ないために孤立しやすい。
- 高齢初産婦は産後の育児不安も大きく訴えも多くなる傾向があるが、支援をもとめることに抵抗をしめす妊婦もある。
- 不妊治療や流産を繰り返したあとに妊娠した児は貴重児で一人っ子となりやすく、高齢妊婦はその確率が高くなる。
- また反対に多子家族ケースもあり、養育面、経済面などで支援を要する場合もある。
- 妊婦や夫の親も高齢で介護と重なる場合もあり、育児サポートが望めないだけでなく、妊婦自身が家族への支援者であるケースもある。

高齢妊婦のリスク因子は次のとおりである。

### ○身体的要因：

産科的合併症をおこす頻度が高く、なかでも高齢初産婦は合併症の頻度が高い。

- ・流産および胎児異常の発生率が高い。
- ・妊娠合併症（妊娠中毒症など）の保持率、発生率が高い。
- ・低出生体重児出生率は年齢と共に増加する傾向が高い。
- ・分娩遷延となる率が高く、帝王切開率も高い。
- ・産科的処置の必要な場合が多く、出血量も多い。

### ○心理的要因：

- ・高齢であることを気にしたり、過剰な心配をもっていることがある。
- ・不妊や流産などの末妊娠した場合、妊娠初期における不安は高い。
- ・体力的にも不安をかかえる妊婦も多く、産後の漠然とした不安がある。
- ・産後の不調を起こす率が高く、メンタル面にも注意が必要である。
- ・子どもに対しての期待度が高く、いろいろな面で慎重な傾向がある。

### 【事例】

40歳初産婦。妊娠するまで会社の事務として働いていた。両親教室に参加するも、当初より他の参加者となじめず孤立していた。心配事や不安がないかをたずねるアンケートでは、子どもに愛着が示せるか、出産後の育児に不安がある事や無事に出産できるか心配である事が書かれていた。また、育児書を見てもどれも違うことが書いて

あるとも記載がみられ、混乱していると感じられた。

両親教室終了ごとに個別に心配事や不安に思っていることを具体的に聞き、出産準備や産後の生活のイメージ、育児の方法など、妊婦のニーズにあわせたアドバイスをおこなった。産後は子どものいる生活に慣れず、疲労感もみられ孤立しかけたが、アプローチを積極的におこない母子の集まる場に初回は保健師同伴で参加。訴えや不安を訪問や電話でひとつひとつ解決していくことで育児に自信ができ、育児を楽しめるようになった。



物事を柔軟に対応できにくいケースであり、また生活スタイルがくずれることにより不安が大きく、産後の不安や訴えも細かく多かった。そのためケースのニーズに合わせた育児方法やアドバイスを心がけて行うことが大切である。また高齢ということで他の母子との交流が消極的になるため、支援者がそのパイプ役となることで、地域からの孤立を防止できた。

#### <アセスメント>

- ・高齢妊娠にいたった要因はなにか
- ・高齢初産婦か経産婦か、妊娠経過は順調か
- ・妊娠、出産についての受け止め方はどうなのか
- ・産後の生活が具体的にイメージできているか
- ・高齢であるということで出産や育児に対して不安が強くないか
- ・サポート体制は整っているか
- ・地域で情報交換ができる妊婦友達はいるか

#### <支援のポイント>

- ・高齢妊婦の妊娠経過や産後おこりうる問題点などを理解する。

医学的なリスクを回避するためにも周産期のトラブルや合併症の予防に注意し、定期健診の勧奨と確認を行う。また、より自然な出産ができるよう、栄養、運動、リラクゼーションに配慮した生活を推奨する。

仕事の継続や、親の介護問題などを抱えていることがあるので、困っていることはなにか把握しておく。その際、妊婦のニーズや関心ごとをよく聴き、信頼関係を築けるよう心がける。

- ・本やインターネットなど情報過多な場合もあり、不安を与えすぎないように配慮する。

細かい疑問や不安には丁寧にこたえること、情報や助言はできるだけ個別にあったものを提供し、妊婦の生活のペースにあわせて支援することが必要である。

- ・年齢からくる不安と心配の緩和。

他の母親たちと馴染めるかといった不安や、仕事中心の生活から地域での交流が少ない場合など、地域の育児情報をふくめた具体的な育児指導が大切である。

また、夫婦の両親の健康状態など家族状況を把握し、育児サポートが見込めるのかのみでなく、逆に介護問題に直面していないか、家族を含めた問題点に支援をしていくことが必要である。

## （６）切迫早産

切迫早産では、母親の身体自身は健康でも臥床等の安静が必要となる。入院している場合は保健師の支援に結びつかないことが多いが、切迫早産を把握した場合は、母親は安静期間がどれくらいになるかめどがつかないなどの不安を持っていたり、家事ができない、きょうだいがいる場合まわりつかれても世話ができないなどで、自分自身を責めることも多いことから、夫の理解やきょうだいの育児の支援を求めるなどの調整を行う。

### <アセスメント>

- ・安静が必要なため入院になることが多いので、上の子がいるかどうか

### <支援のポイント>

- ・上の子がいる場合

実家、友達の助けを借りる、プロに頼むなど、納得のできる範囲で上の子から離れて安静にできる方法を探す。

また、必要に応じ保育所の一時保育やファミリーサポートサービスなどを紹介する。

## （７）不妊治療後の妊娠

近年の不妊治療における生殖医療補助技術は目覚しく発展してきている。しかしこのような中で近年、多胎児出産数も増加してきている。不妊症に対する父母の身体的、心理的、経済的負担の大きさに加え、不妊治療後に出生した多胎児、低出生体重児や早産児等の医学的管理を必要とするハイリスク児も多いことから、母親の育児負担は大きく、育児不安に陥りやすい。たとえ単胎で成熟児出産であっても、核家族化の進展で育児の伝承がない、育児の未体験なままに母親になることが多い時代であり育児不安に陥る例も多い、また母親が病気の時に育児の代替者がいない、あわせて近隣関係の希薄化で育児の相談相手もいない等、母親の身体的、心理的負担感は相当なものがあると推測される。

妊娠が不妊専門施設で判明しても、分娩は紹介された異なる医療機関で行うことが多く、不妊治療時の親の思いを受け止めて分娩へ継続して支援が行われることは少なく、妊娠前期、早期から分娩、育児の一貫した専門職の医学的・心理的支援体制が求められている。

しかし、保健センターに自らが「不妊治療後の妊娠、出産である」事を開示することは少ないので、夫婦の婚姻期間や家族計画などといった周辺情報から、不妊治療後の妊娠である可能性を念頭に入れた支援を行う必要がある。

### <支援のポイント>

#### ○母親の悩みの理解

不妊治療を行った心理的背景を理解し、あたたかい見守り姿勢の支援を送ることが、母親が安心、安定した育児ができることにつながる。

1997年から開設された「不妊ホットライン」の資料によると、「医療を受けること、医療を続けることへの迷い」、「医療機関への不満」、「自分自身のこと」等の相談が多く、ピア的姿勢で支援を送っている。不妊カップルは不妊に対しての社会からの偏見、周囲から

の妊娠へのプレッシャーを感じ、また悩みを抱くときは孤独感にかられている。また自信喪失、自己肯定感や自尊感情の低下等を抱いている事が多い。また年齢層では30代が約6割を占め、高年齢層の不妊の悩みが多いと言う。不妊治療に臨む母親は「妊娠を人生最大の目的」の価値観を持つものも多く、支援には母親の受容の姿勢が求められる。また妊娠の成功には何回も治療を試みる母親もあり、経済的に治療費（1回周期40万円から数十万円）が嵩むことから経済的不安感は大きなものがある。

これらから、現在の妊娠に至った思いを傾聴しねざらば、不妊治療を一緒に行っていた仲間を妊娠したことで裏切ったのではないかという悩みを持つ妊婦もいることから、「不妊であった自分」から「妊娠した自分」へのアイデンティティの切り替えを支援していく。

#### ○育児不安

不妊治療後の多胎児発生は高率であり、「(4)多胎妊娠」を参照して支援を行う。

不妊治療後の妊婦への支援には、①妊娠に至るまでの両親の心理的・身体的背景を理解、②妊娠期の両親の抱える多胎児、早産、低出生体重児、先天異常等への不安感の深刻さを理解、③出産後の育児に関しての身体的、経済的、社会的困難性を予測することが求められる。保健師は、総合的に育児を支援する必要がある。

#### (8) 疾病・障害を持つ妊婦

疾病や障害があっても、子どもを生き育てることに生きがいを感じがんと願う妊婦は多い。障害の程度にも左右されるが、医療、福祉と保健が連携し、フォーマル、インフォーマルなサポートの確保が必要である。疾病・障害に対して、きちんと周囲が理解し協力ができるよう支援体制を整える。

服薬をしている場合、子どもの奇形等に対する不安から、必要な服薬をしないことがある。医師に服薬の不安を伝えるよう促し、「薬を飲んでいる？」だけではなく、時には空き袋の確認などの服薬支援を行う。

#### <傾向>

##### ○慢性疾病がある妊婦

妊娠により疾病の進行や体調の変動がおり、妊娠の経過や原疾患に影響を及ぼす可能性がある。

- ・妊娠中は服薬を制限されることも多く、病態が不安定になる場合がある。
- ・疾病によっては妊娠により一次的に病態が安定しても、産後体調が大きく変動し、疾病を進行させたり、育児が困難になる場合がある。

##### ○知的障害や精神障害がある妊婦

- ・出産や育児に対するイメージを持ちづらく、周囲よりも妊娠を楽観視する傾向がある。
- ・婚姻関係が結ばれていない場合など、経済的にも不安定で問題が多面的になる場合がある。
- ・妊婦自身の判断能力が見込めない場合は、夫や家族がキーパーソンであることが多い。

### 【事例】

軽度知的障害のある妊婦。第2子を妊娠中。第1子は若年出産でほとんど祖母が育児していたが、その祖母が病気で現在はあまりサポートが見込めない状況である。妊婦は簡単な家事はこなせるが、買い物など計画的に行うことはできず、読み書きが苦手なため病院での問診票を書いたりできない。

第1子はネグレクトの危険性もあったので、医療機関をはじめ、児童相談所、第1子の通園する保育所、養護施設、行政（保健師）とで早い時期から妊娠、出産に対する支援体制を検討した。妊婦検診時には助産師のサポートと出産準備についての指導、保健師は家庭での育児準備を一緒に行った。産後の育児支援家庭訪問の導入や、いざという時のために養護施設へどう連絡するか、また、早い時期からの保育所申請を計画した。夫には、帰宅後の家事育児の協力や出産にかかる費用の確保などの説明を行った。

養護施設のショートステイなど周囲のサポートも利用しながらではあるが、現在、第1子では経験しなかった育児を自らおこなっている。



早期から他機関で情報が共有されていたので妊娠出産は大きな問題なく無事に出産にいたったケース。育児は困難さも見られるが、子どもをかわいいと感じ一生懸命なので周囲のサポートも得られやすいが自ら判断することは難しいので、定期的に支援を継続する必要がある。

### <アセスメント>

- ・ 障害の程度、ADL、QOLを客観的に判断する。
- ・ 医療、服薬の状況把握と今後の医療方針の確認
- ・ 身体障害の場合、育児環境に適しているか住居状況の把握
- ・ 妊娠、出産についての受け止め方はどうなのか
- ・ 産後の生活が具体的にイメージできているか
- ・ 地域のサポート資源、利用できるサービスの把握
- ・ 夫や家族の認識や不安、受け止め方の把握
- ・ 経済状況の把握

### <支援のポイント>

- ・ 関係者に障害を理解してもらうよう  
身体的障害と異なり外面からわかりにくい知的障害、精神障害の場合は、家族や支援者から理解されていない場合があるので、理解してもらうよう働きかける。特に知的障害が軽度である場合、一生懸命やっていることでも周囲から怠けると責められたりすることがある。
- ・ 障害の程度に応じた支援計画を立てる。  
産後予測できる問題点を整理し、母となるための必要最低限の知識や具体的アドバイスはいつ実施するべきか、どんな示し方をするのか計画する。説明だけでは不十分な場合は実際共に実践できるような家庭訪問の機会を設ける。
- ・ 医療機関との連携

妊婦に疾患がある場合は産前産後に予測される合併症や疾病の進行など医師連絡で把握するとともに、必要な場合は産科との連絡調整ができていることを確認、調整をおこなう。

- ・ サポート体制の確保

まずどの程度のサポートが必要となるかを予測、見極め、夫、家族をはじめ、産後に母子をサポートする人、制度やサービスを考えておく。申請に時間を要するものがあるので、いつでもサービスが利用できるよう準備をしておく。

- ・ 家族計画への指導

障害によっては、次回妊娠についてともに考え場合によっては避妊の方法を説明する。

- ・ 家族への支援

夫や家族がキーパーソンになる場合、母子への支援はもちろんであるが、家族の身体的精神的負担を理解し、支援していくよう心がける。

## 16. 妊娠中に使える社会資源

妊娠期に、生活経済の安定と母児の健康保障をはかり、精神的支援を開始することは、虐待予防の視点から重要である。母子保健サービスは市町村が行っていることが多く、独自のサービスを提供しているところもある。支援する場合は、地域の社会源を熟知し、妊婦がいつでも理解できるようパンフレットなどを用意することも重要である。

### (1) 母子保健法に定められている制度

制度	内容と目的	窓口
妊娠届 (第 15 条)	妊娠と診断されたら市町村は早期に把握することにより各種の母子保健サービスの支援が開始できる (母子保健サービス支援開始のための申請)	市町村の市民向け一般窓口 各出張所 保健センター等
母子保健手帳発行(第 16 条)	妊娠から出産・育児まで母親と子どもの健康管理とその手引き、継続記録として活用できる。	市町村の市民向け一般窓口 各出張所 保健センター等
妊婦健康診査 (第 13 条) <妊婦一般健康診査>、<妊婦歯科健康診査> 他市町村により後期にも健康診査(所得制限や上限金額あり)	妊娠中の異常の予防と早期発見し、併せて早期に適切な指導が受けられることが目的、定期健診の無料化	市町村が委託している医療機関

妊産婦の保健指導(第10条) <妊産婦の健康相談>	妊産婦の医学的、精神的な心配ごとに関して必要な保健指導を受けることができる	市町村
母親(両親)教室(第9条)	妊娠、分娩、育児等に関する知識不普及と併せて、近年はピア的活動として、仲間づくり、先輩ママからの育児体験普及、育児の実際技術普及が目的	市町村、外部団体や医療機関委託もあり
栄養(ミルク)支給(第14条) <母子ミルクの無料支給>	妊産婦の健康管理で十分な栄養が接種できない場合	市町村
妊産婦の家庭訪問(第17条) <妊娠高血圧症候群、若年妊産婦等の家庭訪問>	妊産婦の健康の維持に支障が生じる可能性がある場合は家庭訪問で生活の実態から保健指導をする	市町村

(2) 男女雇用機会均等法、労働基準法に定められている「働く女性」の妊娠期に使える制度

制度	内容と目的	窓口
妊産婦の通院時間確保(男女雇用機会均等法第12条)	妊娠した場合、妊婦と児の健康維持のための定期健康診査の必要性がある。そのために雇用主に通院受診時間の確保が義務付けられている(有給か無給かは会社により異なる)	所属する会社
妊産婦の通勤緩和(男女雇用機会均等法第13条)	主治医から妊娠中の通勤緩和、休憩時間の延長、つわりむくみ等の症状の対応について勤務時間の短縮や作業制限、休業等会社に申し出ると措置が講じられる	所属する会社
妊産婦等の危険有害業務の就業制限(男女雇用機会均等法第64条)	妊産婦については重量物を取り扱う業務、有害ガスを発散する場所での業務など、妊娠出産等に有害な業務に就かせることは禁止されている	所属する会社
妊産婦の時間外・休日労働・深夜業の禁止(男女雇用機会均等法第66条)	妊婦は時間外労働、休日労働、深夜業の免除を請求できる	所属する会社
軽易業務転換(男女雇用機会均等法第65条)	妊娠中は他の軽易業務への転換を請求できる	所属する会社
産前・産後の休業(労働基準法第65条)	産前休業：出産予定日の6週間前(双胎以上は14週前)から請求すれば取得できる。産後休業：出産の翌日から8週間は就業することができない、ただし産後6週間経過後は本人が請求し、医師が認めた場合は就業できる	所属する会社
解雇制限(労働基準法第19条)	産前・産後休業の期間およびその後の30日間の解雇は禁止されている	

(3) その他の妊娠中に使える社会資源

制度	内容と目的	窓口
出産扶助（生活保護法第条）	指定病院にて分娩介助料、分娩前後の処置料、衛生材料の一定額等（平成19年度限度額16万8000円）	市町村福祉事務所
出産育児一時金 （健康保険組合、社会保険事務所、国民年金課）	出産後に出産育児一時金が支給	各保険者
働く妊産婦のための制度	<p>① 産前の通院時間の確保（男女雇用機会均等法第22条）</p> <p>② 時間外労働・休日労働・深夜業の免除、産前・産後の休業（労働基準法第65、66条）</p> <p>③ 育児休業など男女労働者の育児のための制度（育児・介護休業法第5～10条）</p> <p>育児休業給付（雇用保険法）窓口：雇用主・勤務先</p>	
不妊治療費助成	不妊治療の対する助成制度で各市町村により額が異なる	
NPOが主催する健康相談	現在はさまざまなNPOが設立されており、ピア的支援を行っている	



平成 19 年度厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業  
児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究  
分担研究「妊娠期からの虐待予防に関する研究」

分担研究者 佐藤 拓代 東大阪市保健所長

研究協力者 山下 洋 九州大学医学部精神科神経科助手  
福島富士子 国立保健医療科学院ケアシステム開発室長  
小谷 信行 松山赤十字病院小児科部長  
山田 和子 和歌山県立医科大学保健看護学部教授  
毛受 矩子 四天王寺国際仏教大学准教授  
久 靖男 久産婦人科医院院長  
戸田 律子 Jace 日本出産教育協会代表  
山崎きよみ 尼崎市保健センター主任  
堀田 邦子 泉大津市立保健センター主査  
九鬼 隆 泉大津市立保健センター主査  
松本小百合 東大阪市保健所健康づくり課主幹

\*本マニュアルは「1. 母子保健の現状」「5. 生育歴と妊娠分娩」「9. 望まぬ妊娠」「15. (1) 支援のポイント」を佐藤拓代、「3. 周産期と子ども虐待」を山田和子、「4. 妊娠経過と心理」を福島富士子、「6. 主体的なお産」を戸田律子、「7. 夫婦の絆」を九鬼隆、「8. 親子の絆」「10. 自然分娩と帝王切開」「11. 母乳」を久靖男、「12. 妊産婦のメンタルヘルス」を山下洋、「13. 妊娠中の健康づくり」を松本小百合、「14. 医療機関と地域の連携」を小谷信行、「15. (2) 若年妊娠」「15. (3) ひとり親」「15. (5) 高齢妊娠」「15. (6) 疾病・障害を持つ妊婦」を堀田邦子、「15. (4) 多胎妊娠」「15. (6) 切迫早産」を山崎きよみ、「15. (7) 不妊治療後の妊娠」「16. 妊娠中に使える社会資源」を毛受矩子が担当し、全体の監修を佐藤拓代が行った。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
児童虐待の子どもの被害、及び子どもの問題行動の  
予防・介入・ケアに関する研究

分 担 研 究  
妊娠期からの虐待予防に関する研究

子ども虐待予防のための  
市町村保健センター両（母）親教室  
運営ガイド

平成 19 年 3 月

分担研究者 佐藤 拓代

## はじめに

子どもの虐待が子どもの心と身体に及ぼす影響は大きく、できるだけ早期に虐待を予防するためには、妊娠期から胎児との愛着形成を阻害する要因を把握し親子関係をはぐくむ支援を行う必要がある。妊娠、出産、育児のプロセスは、母親にとって自分の親との関係を見つめ直す機会であり、適切に支援することで抱えてきた問題を乗り越えることができる。

我が国では、古くから市町村の母子保健事業の中で両（母）親教室を開催して妊娠期の両親に関わっており、ポピュレーションアプローチとしての虐待予防プログラムについて検討した。平成17年度に調査を行った全国市町村保健センターにおける両（母）親教室の状況や、今年度を実施した栃木市、横浜市、千葉市、泉大津市、茅ヶ崎市や増毛町に対する視察調査、愛着形成や虐待予防の集団的プログラムに関する文献検索から、市町村保健センターで実施する両（母）親教室の子ども虐待予防のための運営に関する本ガイドをとりまとめた。

現在、全国の市町村保健センターの教室が実施している妊娠期の身体や出産に関すること、また、赤ちゃんを迎える準備や沐浴については、すべて子どもの虐待防止に結びついているといえよう。しかし、われわれはより愛着形成を促進するエビデンスに基づいたプログラムや、実際に子どもが生まれてさまざまな困難が生じるが妊婦と夫にどのようなメッセージを送るのがよいのか、検討を行った。我が国、外国共に妊娠期からの集団的支援に関する研究は少なく、本ガイドではエビデンスのある一部の研究報告について取り上げた。具体的な内容等に関しては、視察調査が参考になると考えられるので、〈資料〉として付け加えている。方法論については、最近出版された研究協力者の戸田律子による「参加型マタニティクラスブック」<sup>1)</sup>が大変参考になった。

シングルマザーや不妊治療後の出産など、さまざまな配慮が必要な妊婦が多いが、普通分娩が予想される第1子を持つ両親の教室を念頭に置いたガイドである。なお、父親はパートナーも含んだ言葉として使用している。ここから虐待ハイリスクを把握し支援につなげることも重要であり、これら妊娠期からの個別支援については平成19年度の研究テーマとして検討したい。

ルーチンで両（母）親教室を運営するよりは、何か効果のある内容に変更したいという思いを持っている保健センターは多い。しかし、効果のある内容にしようと思ってもこれもとプログラムを多くしては、妊娠期特有の眠気から居眠りが生じたり、印象に残らないことが危惧される。本当に必要なメッセージは何なのか、どのような教室の環境やプログラムの進め方がいいのか、このガイドが参考になり、ポピュレーションアプローチとして多くの親の虐待が予防できることを願うものである。

視察にご協力いただいた自治体に感謝いたします。

平成19年3月

担研究者 佐藤 拓代(東大阪市保健所長)

## 目 次

1	子育ての変化と妊娠期からの虐待予防の重要性	1
2	両(母)親教室の現状～全国保健センター調査から～	2
	(1) 実施状況	2
	(2) 医療機関と保健センターの役割と連携	4
	(3) 虐待予防	5
3	文献から見る虐待予防に寄与する教室	7
4	虐待予防を目指した教室へ 運営に必要な視点	10
5	虐待予防のプログラム	11
	(1) 親子のきずなと愛着形成の促進	11
	(2) 夫婦のきずなと役割	14
	(3) 赤ちゃんの脳・こころの育ちを知る	15
	(4) 子育てのイメージ・困ったときの対処方法	16
	(5) 産後のメンタルヘルス	17
	(6) 仲間づくりの促進	17
	(7) 保健サービスの情報提供	18
6	教室の運営	19
	<文献>	21
	<資料>	
1	栃木市保健福祉センター	22
2	横浜市中福祉保健センター	30
3	千葉市犢橋保健センター	36
4	泉大津市立保健センター	48
5	茅ヶ崎市保健センター	59
6	増毛町(留萌市立病院)	63
	研究協力者	68

# 1 子育ての変化と妊娠期からの虐待予防の重要性

核家族化し子どもの数が少なくなり、母親の子育てに係るプレッシャーは非常に大きい。原田<sup>2)</sup>によると、子育てにイライラする親が1980年には1割であったのが2003年には3割と増加している(表1)。また、子どもへの期待が1割から6割と増えており、さらに、自分の子をよその子どもと比較してみる母親が2割から6割と増加し、評価されることに非常に敏感になっていることがうかがわれる。自分の思いどおりにものごとをすすめたい母も5割と報告しており、思いどおりにいかない子育てにストレスが生じるであろうと推察される。

<表1> 1歳半児に対する育児の20年の変化

体罰は6割から5割へ↓
厳格・禁止は6割から8割へ↑
期待は1割から6割へ↑
干渉は3割から8割へ↑
不安は4割から8割へ↑
溺愛は1割から3割へ↑
盲従は3割から4割へ↑
子育てにイライラするが1割から3割に↑
よその子どもと比較して我が子を見るが2割から6割に↑

文献2)より佐藤作成

また、子どもの出生体重が低下(男児:平成2年の3.16kgから平成16年は3.05kg、女児:平成2年の3.08kgから平成16年は2.97kg)し、2500g未満の低出生体重児が増加(平成2年の6.3%から平成16年は9.4%)している。不妊治療と産科医療の進歩により多胎や体重の小さい子どもが多く生まれるようになっていることもあるが、ダイエット志向の強い現代の母親が妊娠中の体重増加を極力抑えているところもあると考えられる。このように、妊娠中からコントロールすることが当たり前の親子関係であったのが、生まれてみると思い通りにいかない我が子に自分を否定されていると感じるのではなかろうか。

妊娠・出産はそれまでの親との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、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<sup>3)</sup>。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。

未婚や若年といったハイリスクの妊婦に対する支援とともに、1歳以上の幼児の母親の18.1%が「子どもを虐待しているのではないかと思う」と答えている<sup>4)</sup>ことから、虐待をしそうと追い詰められている母親がこれだけ多いということに眼を

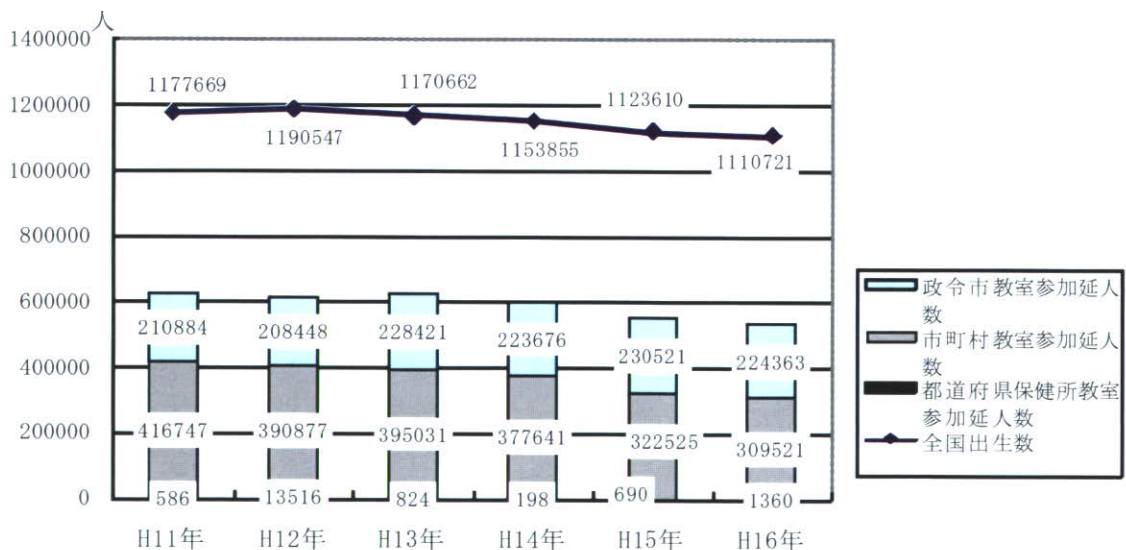
向け、大多数の母親に対しても親子関係を育てる支援を行う必要がある。

多くの母親が参加する両（母）親教室（以下、「教室」とする。）は、胎児への愛着を育むとともに、「こんなはずではなかった」という思いをさせない働きかけが可能な場として重要である。

## 2 両（母）親教室の現状～全国保健センター調査から～

教室は母子保健法に基づき古くから実施されており、厚生労働省地域保健・老人保健事業報告による平成 16 年度の開催状況は、1,110,721 人の出生に対し延べ 32,769 回（都道府県保健所 60 回、政令市 9,233 回、市町村 23,476 回：報告より算出）実施され、延べ 535,244 人（都道府県保健所 1,360 人、政令市 224,363 人、市町村 309,521 人：報告より算出）が参加している（図 1）。平成 9 年の母子保健法の改正により、都道府県で行っているところは少なくなった。しかし、このように多くの妊婦及び夫が参加しているにもかかわらず、実態がどのようなものであるのか過去の文献等からは把握できなかった。そこで、平成 17 年度に我々はおそらく初めての教室に関する全国調査を行った<sup>5)</sup>。

<図 1> 全国の両（母）親教室実施状況



### (1) 実施状況

調査対象は、保健師が一人以上在籍している全国市町村保健センター2,120カ所で、回答は 1,165カ所（回答率 55.0%）であった。

約 3 割の市町村が母親教室と両親教室の両方を実施し、約 2 割はどちらも実施していなかった。特別区・政令市や市で両（母）親教室の実施率が高く、特に両親教

室がよく実施されていた（図2）。

母親教室と両親教室を合算した参加実人数は 108,322 人で、回答率が 55.0% であったことから全体では約 19 万 7 千人が参加していると考えられ、全妊婦の 35.5% をカバーしていることになる。

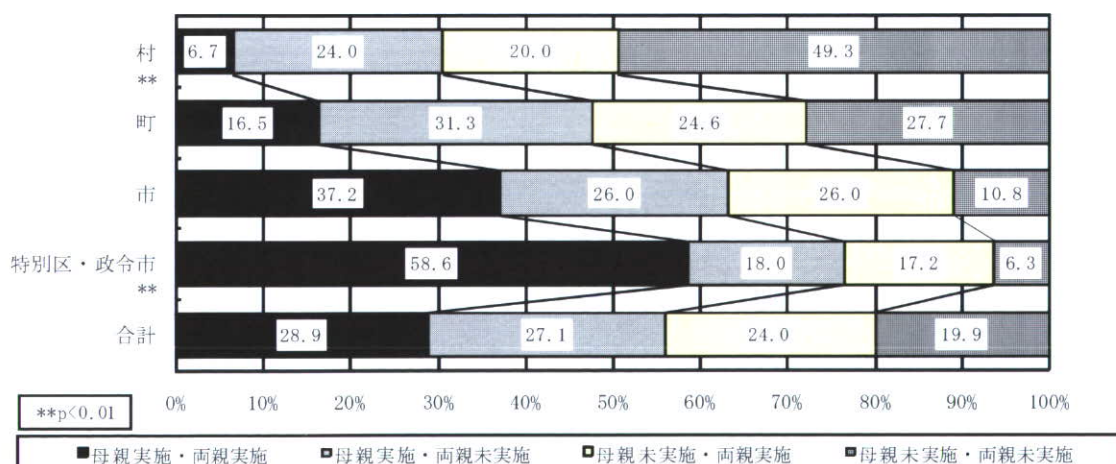
母親教室の目的で多いのはお産、栄養、歯に関することや仲間づくりであり、両親教室に比べて有意に多く、出産や育児を具体的にイメージできるよう実施されていた（図3）。両親教室の目的では父親の育児参加や新生児ケアの習得が多く、母親教室に比べても有意に多く、妊婦疑似体験や沐浴など母親を良く理解し実際の育児をサポートする技術を身につけるよう実施されていた。

課題は、母親教室両親教室とも参加人数が少ないことであり、特に人口の少ない町や村では多くなっていた（図4）。しかし、特別区・政令市など人口の多いところでは、参加者が多すぎることも課題とされていた。参加人数以外の課題では、教室の評価やハイリスクが参加しないこと、公的機関が実施することの意義や医療機関との役割分担などがあげられ、母親教室ではさらにマンネリ化も課題とされていた。

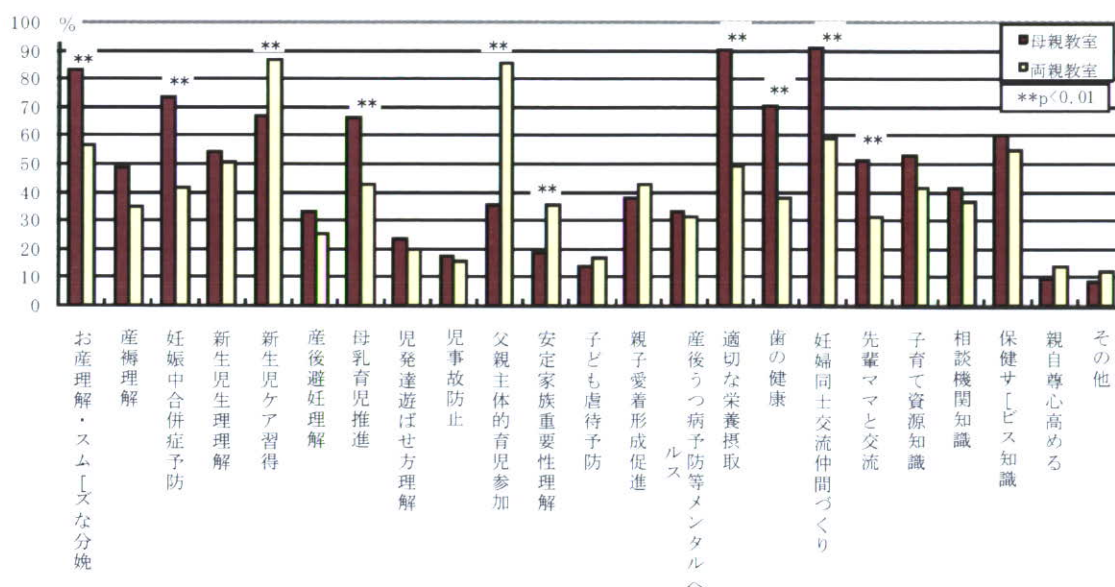
今後の方向では、現状維持と検討中が多かったが、母親教室では回数減少が人口の少ない市町村で考えられていたほか、両親教室では回数増加や土日開催が考えられていた。

市町村合併で人口密度の低いところでは、教室を中止し個別支援に切り替えているところがあった。個別支援ではこれからの子育てをともに支え合う仲間は得られず、近くに妊婦が少ないところほど仲間づくりは重要で、複数保健センターによる広域の開催なども考えられよう。

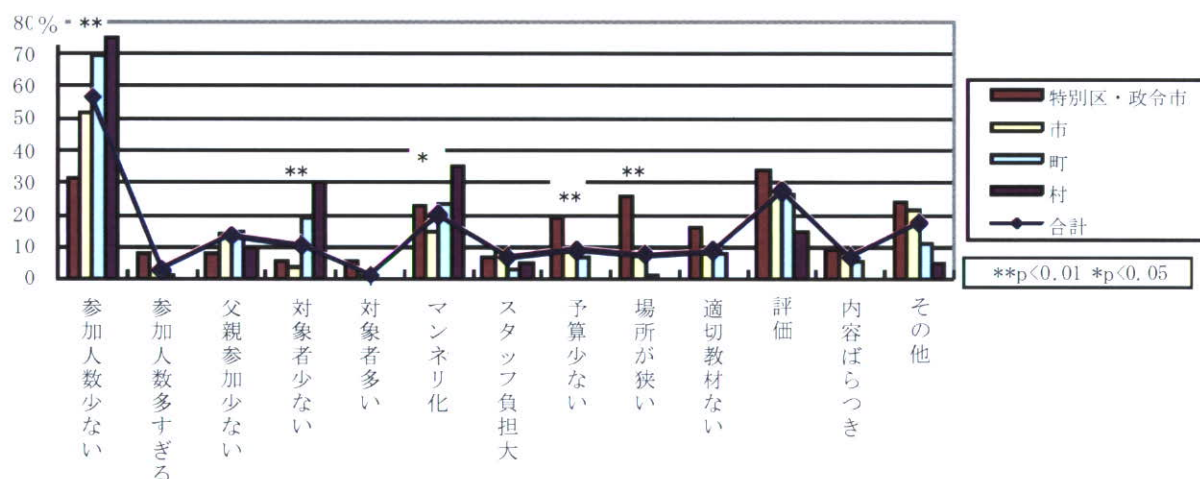
<図2>市町村別にみる教室の実施状況



＜図3＞母親教室と父親教室の目的



＜図4＞市町村別両親教室の課題



## (2) 医療機関と保健センターの役割と連携

保健センターの教室受講者の医療機関の教室の受講状況は、6割の保健センターで多く受講していると答え、受講者が少ないのは1割の保健センターのみであった。

保健センターは自らの教室の役割を「妊婦同士の交流」92.3%、「保健師を知る」77.4%、「保健サービスの紹介」76.9%、「地域資源の紹介」72.2%、「誰でも参加できる」56.1%、ととらえていた(図5)。また、産科医療機関の教室は、「分娩の場を知る」94.8%、「スタッフとなじみ」71.5%、「妊婦同士の交流」38.8%、「要支援者の保健センター紹介」33.4%、「個別ニーズのプログラム」34.1%ととらえられていた(図6)。

産科医療機関の教室と保健センターの教室で内容が違って困っている保健センターは、34カ所(3.6%)のみであった。内容は、体重増加と母乳、呼吸法に関する

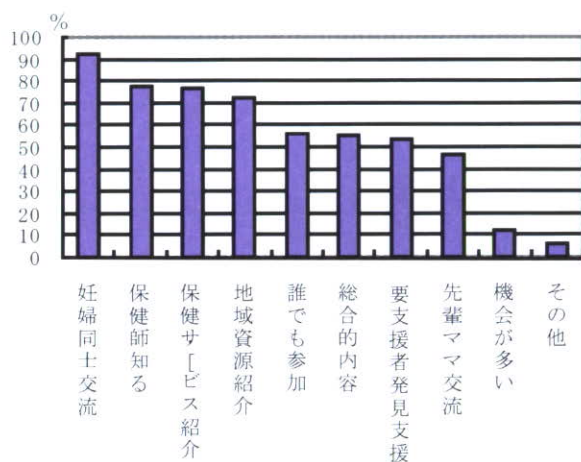


ことが多く、「妊娠中の乳房マッサージの時期が病院により異なる」「呼吸法が病院によって異なる」「実際に医療機関では呼吸法はあまり使われていない」「体重制限の指導が厳しい医療機関がある」「極端に体重制限を強いられている妊婦が多い」「母乳育児がきちんと指導されていなくくじける方が多い」「医療機関により母乳育児についての考え方が異なる」などであった。

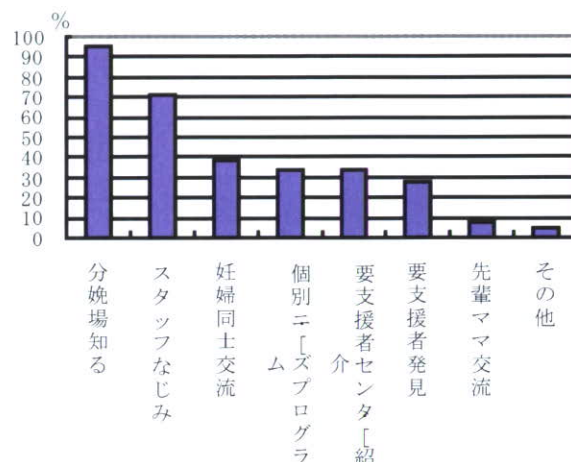
2500g未滿の低出生体重児が増えていることと若い女性にBMI（Body Mass Index）が18.5以下のやせが増えていることから、厚生労働省は初めて妊娠中の体重増加の目安をやせ（BMI 18.5未滿）では9から12kg、普通（BMI 18.5～25.0未滿）では7から12kg、肥滿（BMI 25.0以上）は5kgと方向性を示した。今後は、厳しい体重制限は必要とされる妊婦のみが対象となると考えられる。

保健センターと医療機関の両方の教室を受講し方針が異なることで困るのは妊婦であり、保健センターは積極的に医療機関に情報を伝え調整を図る必要がある。

<図5>保健センターの教室の役割



<図6>医療機関の教室の役割



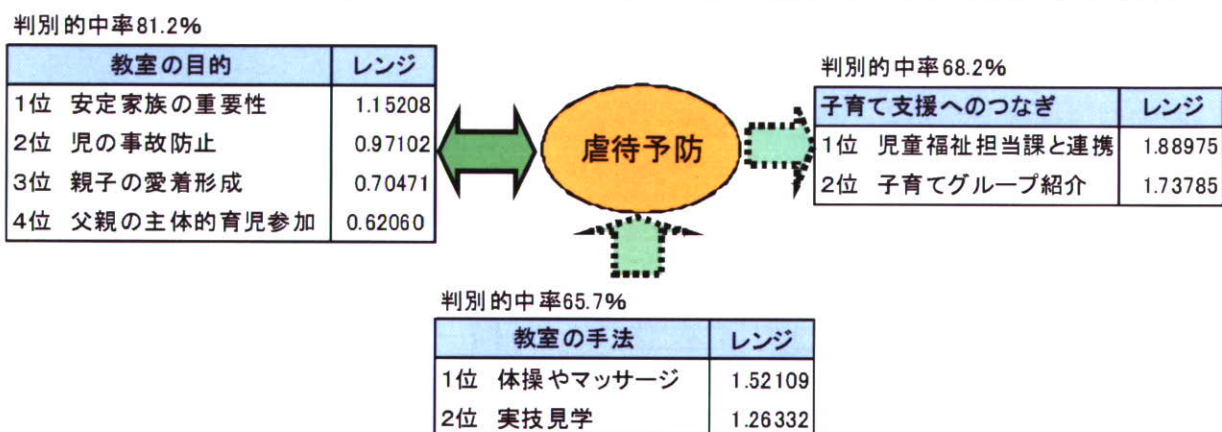
### (3) 虐待予防

教室の目的で虐待予防をあげているのは母親教室、両親教室とも少なく、それぞれ13.9%、16.7%であり、特別区・政令市や市町村で差はなかった。虐待予防を目的とした教室はどのように行われているのか、「虐待予防」を目的変数として数量化2類により検討を行った。レンジが高く関連が大きいのは、母親教室では「安定家族の重要性」「児の事故防止」「親子の愛着形成」「父親の主体的育児参加」で、この4つの目的があると虐待予防も目的とされているとよく判別（的中率81.2%）されていた（図7）。教室の手法や子育て支援へのつながりは、的中率はよくないが「体操やマッサージ」「児童福祉担当課と連携」がレンジが高かった。母親教室では、虐待予防を目的としている保健センターでは「安定家族の重要性」なども目的とし、講義ばかりではなく「体操やマッサージ」といった母親同士が垣根をとり除けるような手段を取り入れ、そのような保健センターではリスクの高い母

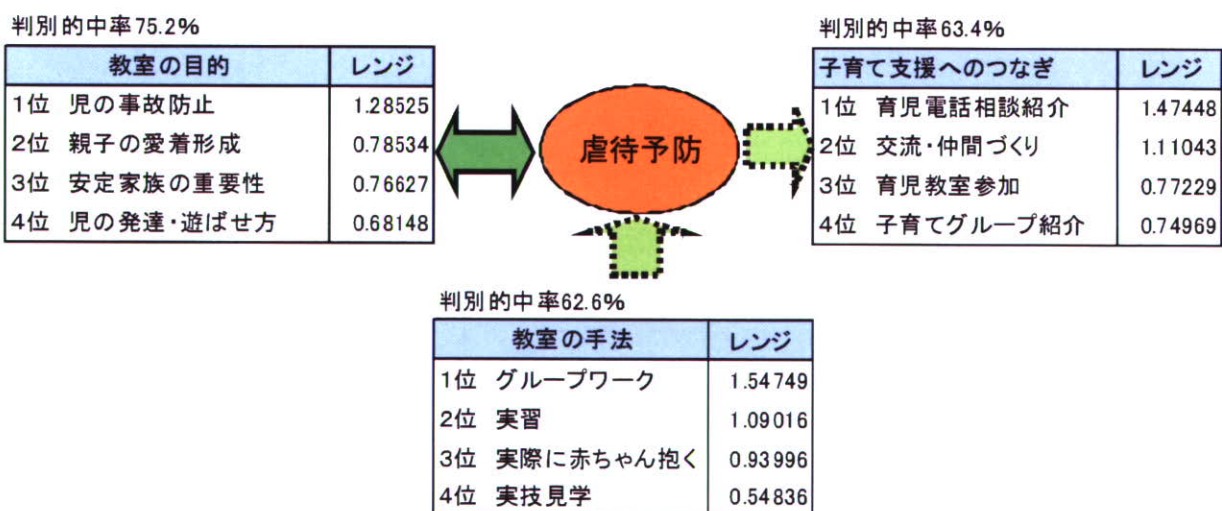
親が受講していることも多く「児童福祉担当課」と連携することが多いと考えられる。

同様に検討すると両親教室での虐待予防は、母親教室と異なって「父の主体的育児参加」は8割以上で実施されているので影響が少なくなり「児の発達・遊ばせ方」が目的に加わり、的中率は良くないが「グループワーク」や沐浴等の「実習」、「実際に赤ちゃんを抱く」などの方法により教室をすすめ、母親教室と異なり個別の支援というよりは「育児電話相談紹介」や「交流・仲間づくり」といった方法で子育て支援のメッセージが送られていた(図8)。父親の妊婦疑似体験は、虐待予防とあまり関係がなかった。

＜図7＞母親教室の虐待予防を目的とした教室の内容（数量化2類による分析）



＜図8＞両親教室の虐待予防を目的とした教室の内容（数量化2類による分析）



### 3 文献から見る虐待予防に寄与する教室

保健機関における妊娠期からのアプローチである両（母）親教室は、我が国が独自に発展させてきたものである。そもそも、これほど多くの公的保健機関が全国くまなく設置されている国はなく、誇るべき財産である。諸外国では医療機関で両（母）親教室が実施されていることが多い。

医学中央雑誌により、我が国における両（母）親教室に関する文献を1997年から2007年まで検索を行ったところ、両親教室では文献が見あたらず、母親教室で3件がヒットした。2件は医療機関における歯科指導の試みと妊婦の教室内容に関するニーズ調査で、1件は妊婦に対する飲酒指導の現状を市町村保健センターの母親教室担当者に尋ねたものであった。

PubMedによる検索では、1999年にLeitchは、質の良い相互作用が発達に重要であり、出産後の母児相互作用についての教育の効果については研究報告があるが、出産前にはない。そこで初産婦を対象に、コントロール群は沐浴、おへそのケアや気をつけることなどの教育を、介入群は出産2週間前に、子どもの状態の覚醒状態、啼泣状態、しぐさや児の出すサインに応じて子どもの世話ができるようになるといった45分間のビデオを見せたところ、介入群の方が母児相互作用が効果的に成立したと述べている<sup>6)</sup>。出産後に医療機関で短い滞在時間で教育するよりは、妊娠中に教育することが効果的であろう。まさしく百聞は一見にしかずであり、新生児期特有の口をすぼめるなどの仕草を母親に対する不満と誤解し落胆する母親もいることから、検討すべき方法と思われる。

Andreyは2000年に、夫婦から親に移行する「移行理論」のフレームワークで研究を行っている<sup>7)</sup>。この移行はアイデンティティ、役割、関係性の3つのカテゴリーの再構築と再統合により起こる。介入グループは3回のコースに参加し、非介入群は自治体の出産前教室(5~12時間の分娩出産、リラクゼーション、母乳方法、陣痛のコントロール、合併症と医療ケア、病院の見学など。家族になるということへのプログラムは含まれていない)を受講した。介入群の親は、いろいろ指導や指示されるより自分たちで解決策をイメージしていったが、このことが伝統的にとられない親役割と夫婦や子どもとの関係性をみずからみつめていくようエンカレッジしていくことがわかった。具体的には、子どもが平均10ヶ月の時に、親子関係を評価したが、母は子どもの示すサインに非介入群より感受性があり、さらに子どものケアに対する社会的情緒的な成長がみられ、子どもの苦痛への反応や養育者としての得点が有意に介入群より高かった。

具体的な教室内容は、

- ① 父と母の役割をイメージする

1980年に作成された「赤ちゃんの入浴」という入浴のときの親と赤ちゃん

の愛着がとてもよくできている6分間のビデオを、当時の時代遅れの音楽ではなくリラックスできる音楽を流しつつ、夫婦に個別に見せる。父と母が個別に入浴させているシーンで、赤ちゃんが父と母に反応する様子がある。夫婦は、単に入浴する赤ちゃんと親との様子のビデオを見ましようということをしていわれているのみ。これをもとに固定化されない親役割について話し合う。また、赤ちゃんが気持ちよさそうな様子、赤ちゃんが喜ぶこと、児はお互いに支え合っただてることについて話し合う。

このよいモデルを見ることで、話し合いはポジティブな親のイメージになる。親の子育ての技術は、父と母が競い合うものでもお互いの役割に嫉妬するものでもないと認識することができる。パートナーがケアしているときの親と子の様子を見ることも、親としては大きな喜びであるともしている。

## ② 子どもと関係性を持つ能力

2回目は、子どもがいかに愛着や学ぶ力があるかということ、児とコミュニケーションをとっている1975年の“Amazing Newborn”というフィルムを見せる。生後7日かそれより小さい児で、父と母が子どもと関係をとろうとしているシーン。この映画では、子どもが寝たり起きたりすること、見るもの、聞こえるものを追いかけること、興味のある様子、声や顔に反応すること、何を好んでみるのか、声に対してリズムカルに反応することなどを映している。これを見て、子どもの能力の不思議、複雑さ、さまざまな興味があることを話し合う。ここには、3つの移行のカテゴリーが全て含まれる。親になることの意味が、子どもの能力と子どもの反応からより複雑で興味深いものとなっていく。しかも、強制されずに子どもの能力に夢中になって引き込まれていくのである。

## ③ 妊娠第4期（妊娠期間は3ヶ月ごとに考えるので、妊娠第3期で分娩に至る。ここでは、生後の3ヶ月間の意味）

ここでは、新生児期の驚異的な関係性獲得の能力にくらべて最初の3ヶ月がいかに身体的に未熟であるかということを示す。3ヶ月以降に比べて未熟な肝臓や腎臓、神経系。親に対して、3ヶ月以上の子どもと違う扱いをこの時期はしなければならない身体的な理由を理論的に示す。頻回の授乳は肝臓の未熟性や消化管が食べ物をたくさん蓄えられないからで、子どもが寝たり起きたりするサイクルは、神経系が未熟であるためであることなど。消化器系の未熟は、なぜ他のものではなく母乳か人工乳がもっとも良いかということを示すし、子どもをイライラさせることを防ぐことが不必要な“疝痛”（子どもの突発的な腹痛）を防ぐことなど。このように子どもの未熟性によっておこることがいろいろあるが、大きくなるに従い授乳間隔や睡眠時間などが長くなる。このような子どもの生理や発達について話し合う。ある程度予測がつくことで、今の3ヶ月未満の大変な時期を前向きにこの時期だけのものとしてとらえていく。大変な時期ではあるので、子どもから離れて休息したりすることをお互いに心が