

平成9年度厚生省心身障害研究
「市町村母子保健計画の評価に関する研究」

周産期新生児領域の保健活動における人材に関する検討
(分担研究：計画の推進方策に関する研究)

研究協力者 国立公衆衛生院母子保健学部 加藤則子
協力研究者 富山県黒部保健所 西野幸恵

要約：最近の子どもと家庭をとりまく環境は、戦後の著しい社会情勢の変化にともなって、決して子育てのしやすすくないものになってきている。さらに、分娩前後の母親は、特有の心理的狀態にある。従って、親と子の心の健康をつくってゆくためには、この周産期における保健支援にひとつの重点をおく必要がある。妊娠中または新生児に対する母子保健事業は現在多く行なわれているが、心の健康づくりという観点からは要員の数にもその資質にも不十分な点が多い。それらの補充のためには開業助産婦をはじめとした地域の助産婦の能力の開発に期待される部分が多い。そのためには資質向上のための研修が必要である。研修にあたっては、提供される教材や、講義・演習等の研修のタイプについていろいろ考えられるが、助産婦による支援が必要でありまた有効であるという意識を高めることが重要である。

見出し語：周産期 保健支援 助産婦

研究目的：周産期における地域でのよりよい保健支援のための人材の開発に資するために、支援二ードにつき既存文献によって検討し、また、フリーディスカッションにより専門職の意見を聴取し、問題点等をまとめる。市町村が保健所による支援を引き継ぐ、あるいは他機関と連携をとりながら支援することも多く考えられる未熟児を含むハイリスク児に関して、支援の基礎資料となる母親の育児不安について明らかにし、人材開発のために役立つ考察を行なう。

研究方法：文献考察に関しては、周産期保健支援に関する行政的な通知^{1, 2)}、保健関係の総説誌等を参考にし、フリーディスカッションは以下のメンバーによって行なった。

日本家庭子ども総合研究所 高野 陽
国立公衆衛生院 公衆衛生看護学部
石井享子 山田和子
国立公衆衛生院 疫学部 土井由利子
国立公衆衛生院
平成9年度専攻課程看護コース
西野幸恵 大嶺悦子 土山典子 辻よしみ
園中希依子

研究協力者 加藤則子
未熟児の母親の保健支援のための実態調査³⁾ に関しては、以下のように行なった。

対象：平成3年4月から平成9年7月に富山県黒部保健所管内の黒部市、宇奈月町、入善町、朝日町の1市3町で出生した低出生体重児332名から死亡15名、転出29名を除くと288名になる。このうち、同胞同士が低出生体重児であった児が5名おり、その中でより出生体重の小さい27名と、同胞に低出生体重児のいない234名、計261名を対象とし、その母親に調査を行った。

方法：自記式質問紙調査票を郵送にて実施した。

調査期間は平成9年10月15日から平成9年10月31日である。

内容：育児不安の概念は、研究者によって少しずつ異なるが、ここでは、「育児にあたって感じる漠然とした落ち着かない心の状態」としてとらえることとし、育児不安尺度については川井による育児不安尺度を採用した。この尺度は29項目からなり、育児に対してネガティブにとらえている項目が多いほど高得点になる。

結果と考察：

1. 支援二ードと事業

ライフサイクルのなかでもひとつの重要な位置を占める周産期を、保健サイドから支援し、またそのために必要なマンパワーを考えてゆくにあたっては、周産期をむかえる家庭に生じることの多い問題を明らかにしておく必要がある。子どもを生み育てる家庭をとりまく現代の環境の特徴のひとつとして、戦後の高度経済成長、都市化、共同体の崩壊、核家族化といった、子ども育てにくい社会になってきていることが言われている。また、その中で父親が育児に参加しにくく、母子で孤立しやすいこともかねてから指摘されている。そしてこれは、育てるものの心の健康、ひいては地域の心の健康に影響を及ぼす危険性をはらんでいるものである。ことに分娩の時期にあたっての母体は、特有の心理的狀態にあり、マタニティーブルーなどの困難な状態に陥りやすい。これらは、周産期を保健サイドから支援してゆく必要性が大きいことを示している。

さて、これらの周産期のサポートとして、これまでどのような事業がわが国で行なわれてきているであろうか。母子保健法第9条、第10条に基づく、知識の普及および保健指導では、市町村は母子健康手帳交付時、あるいは母(両)親学級開催

時等に相談に応じ、指導及び助言を行なうもので、母子保健相談指導事業として取り組まれているが、専門的指導を必要とするときは、他期間と連携をとり、助言を受けることとされている。

母子保健法第11条、第17条に基づく、市町村における新生児、妊産婦の訪問指導にあたっては、開業助産婦に委嘱するなど、訪問指導従事者の確保をするほか、訪問従事者の研修、医療機関との協力、訪問内容の協議等に留意することが勧められている。

市町村事業として、子どもにやさしいまちづくり事業の一貫として、出生前小児保健指導事業、産後ケア事業を補助している。前者は妊娠後期の妊婦の不安に対し、紹介を受けた小児科医が対応するもので、後者は出産前後の産婦及び新生児を心身の回復が不十分な場合助産所に入所させるものである。いずれも現場でつよく必要を感じさせるものであるが、市町村の状況により、また受け入れ機関の条件により機能している場合には限りがあることも事実のようである。さらに、平成9年10月からは、子どもの健康づくり対策事業の一環としての、出産母子支援事業が実施されている。これは、出産前後の心身の不安に対し、助産所等の助産婦が支援する内容であり、年度の半ばからの実施とあって、調整のとれた市町村はまだ少ないが、支援のうで注目されている資源である。

2. 支援のために必要となる知識

1) 戦後の変化

周産期の支援ニーズを考えるにあたっては、最近の子どもと家族をとりまく環境を理解する必要がある。

戦後わが国においては急速な経済発展とともに衛生状態が著しく向上し、乳児死亡率は先進国でも類を見ない速さで減少するなど、母子の健康状態はかつてない恵まれたものになった。しかし一方でいじめ、不登校などをはじめとするこころの問題が社会の関心を集めるなど、健康の問題は時代とともにその焦点が変わってきている。

2) 高度経済成長の残したものの

社会情勢の変化は子どもの養育に様々な影響をもたらしている。最近では子ども、大人を問わず、心の健康に問題が生じてきていることが指摘されているが、これは高度経済成長をささえてきたものが人々の心に残した影という見方もできる。急な経済成長のためには熾烈な競争があった。常に人に勝たなければならないという価値観が、次の世代にも持ち越されて、こどもの社会さえもが競争の場になってしまったという見方もあながち極論ではないだろう。戦後の民主化に伴って、人々の価値観は多様化したようで、実際は個人の目当ての追求に走り、ばらばらになった個人は結局強いもの富んだものに依存し、ユニークな主体としての人間生命の特質を削り取ってしまっている。

これはいじめの起こる温床ともなり、また、このような背景は、成長の個人差をみとめ長い目で見ていく育児の基本を実践しにくくしている。

3) 核家族化、共同体の崩壊

人類は有史以来血縁関係や隣人関係による扶養義務のネットワークを作り上げ、子どもや老人または病人といった依存的な人々をケアしてきた。産業化、経済成長に伴ってこのような共同体は崩壊し、人々は公的なものに期待するか、あるいはお金を払って面倒を見てもらいお金を受け取って面倒を見る、孤独な利益社会の法則にしたがって生きることになった。

都市化が進み、家庭は夫婦と未婚の子どもからなる核家族が主流となると、育児の経験や技術の伝承がないまま、核家族の母親は孤軍奮闘することになる。母親に何かあったときに、助けたり、肩代わりする人はきわめて少ない。育児を手伝ってくれる人の期待もいきおい子どもの父親となるが、仕事の関係で充分でできず、母親がそれに不満を持っているという場合が一般的である。家族構成員が少なくなると、多様な背景、多様な考え方もつと人の人間関係を経験しないで成長する子供が増えることにもなる。また近所づきあいが減り、小さい子どものいる家では、一日中母と子で家に籠もっている事も少なくない。そのように身辺が孤立したなかで、競争という価値観に振り回されることは、健全な状態とは言えないだろう。

4) 子どもが少なくなると

子どもが少ないと、親の育児能力が低下しがちである。自身の小さい弟妹を世話した経験があれば、それも助けになるだろうし、自身の子どもが多ければ、育児体験を蓄積することができる。現実には、数少ない子どもを未経験な親が不安をもって育てることになっている。しかも子どもには過大な期待をかけ、密着や過保護に陥る危険もともなう。地域ぐるみの援助体制や、同じ悩みをもつもの同志のグループづくりなど、保健や福祉の方面からの工夫と支援が望まれるところである。

5) 家族の視点の重要さ

養育は母親に負担が集中することが多いが、家族のあり方はそれに大きな影響を及ぼす。改善点があっても、なかなかそのとおりできないことが多いという。祖父母や父親への遠慮や気がねが、そういう背景のひとつとなることもある。保健サービス機関などの名前を出してでも、そういうあつれきから母を救ってあげられるのなら、それもよいのではないか。

母親にとっての父親との関係の本音は、実は育児支援を行う上で核心にふれる部分であるともいえる。相談で、父親との関係がでてきてそれをサポートできるのなら、かなりの成功といえるだろう。それを出せる相談相手はかなりの資質や経験が要求される。

父親と一緒に育児をするという必要性がよく言われている。しかし個別的な条件がかなり多いのではないか。協力しあったり、人のしてほしいことがわかるのに慣れている父親とそうでない父親がいるのは世の当然であり、画一的な議論はむづかしいと思う。個別の資質にふみこまずに、抽象的な議論をしてもすまない。子どもの個人差、母親の個性を重んじるのはもちろんのこと、家族に関しての個別の条件も充分考慮してゆかなければならない。それを認めた上で励ますような。

6) 生活の視点の重要さ

授乳、おむつ交換、沐浴にはじまり、読みみかせ、食事の世話、トイレトレーニングと、養育の場面は数え出したらきりが無いが、おそらくそれぞれは健康づくりに直結している要素であると言えるだろう。養育行動はそれぞれある程度の知識と技術を要するものであるが、見方を変えれば、小児を養育していくということは生活の一部であり、それは時間軸に組み込まれたものである。教育行動はさまざまな生活要素の脈絡の中にあり、養育生活はそれらの要素のための準備を含む多くの流れが組み合わさって成り立っている。養育される小児もまた時間の流れの中で生活している個人である。養育する側の生活と、養育される小児の生活はぶつかり合い、互いに作用を及ぼし合う。小さい子どもを育てる生活は、養育者と子どもの相互の生活のおりなすハーモニーである。

子どもが健康に育っていくことは生活の様式と密接な関係があり、養育者と子どもの双方の生活が組み合わさって子どもの健康が作られていくと考えることもできる。この観点から言えば、子どもの健康はそれぞれの生活場面、養育場面に源を発しており、それに最も近い生活者本人の自助努力が、子どもの健康づくりのキーとなりうるだろう。これは子どもの健康の責任を養育者になすりつける意味ではなく、その比重の大きさを強調するものである。

個別の努力意識が全体の健康水準を引き上げる。一方で個別の努力が続けられるためにはさまざまなサポートが必要である。わが国の母子保健事業は世界に類を見ないほど充実しているが、その主要な部分である健診とそれに付随する事業でも、疾病の早期発見をはじめとして相談、支援の場として機能しているも、母子の心身の健康づくりを基本から考えていく場としての機能の展開は、これからの課題となる部分も多い。相談を受ける立場で、この健康づくりの課題にどう対応するか。少子化、核家族化の進む中で、子どもを育てる近隣の和やかさは、必要を満たしているとは言いがたい。子どもの心身の健康を考えていく上でこうあったらいいという理想の条件は、社会、近隣等、大きいわくぐみの中で考えていかなければならない。

養育者一人ひとりも一緒になって、大きいわくぐみでの健康条件を考えていくことが、これから

の子どもの心身の健康づくりのための重要な点となるだろう。そして、行政のしくみや機能が、それを有効にサポートしてゆけるとするならば、それは養育者との子どもの健康づくりの未来像となりうるだろう。

7) 母親という一つの人格

妊娠し出産する母体というものは、それまで何十何年か生きてきた経験があり、それぞれの人生観や価値観がさまざまである。また妊娠したときの状況さえ、待つ待ち望んだものであるかもしれないし、またそのときはどちらかという妊娠という予定はなかったということもある。多様な条件の中で誕生した母子がすべて大いなる母の愛のような抽象の中にすえおかれることには無理があるかもしれない。

中には調子よく人の機嫌をとるのが得意の人もいるし、中にはおとなしくて無口な人もいる。そしてどんな母親の性格でも母子関係に良い面と、悪い面が出てくる。それはそれでよい。とにかく根源的なところは外から枠組みを持ってくることではない。

産褥のうつ状態というのが、夜ねむれないこととか、やらなければいけないことが急に増えることとか、それらがとても気になってしまうことに原因を求める考え方もある。たしかにそのような面は多い。しかし、もし、世間という母親はこういうものであるというイメージがあって、自分自身は多少それとくいちがう面があると思ったときに、そのことで自分を責めてしまつてうつの気分になるとしたらそれはその人にとってとてもつまらないことだ。それぞれがそれぞれでよいのだとして生産的な気持ちになれるのなら、その方が賢い生き方になるのかもしれない。

母親になる人が、それぞれの人格を自分自身で認めた上で、母親になるという人生の喜びを受けとめる余裕が持てるなら、それ以上のことはない。確かに生まれたての新生児にとって母親は、母と子の絆の図にも示されている如く、匂いであり、体温であり、声であるわけだが、まさかそれだけが、母親となった人の全人格であるというわけではないだろう。

母親は、子どもが生まれたからといって、突然子どもにとってだけの存在になるわけではありません。母親の中には、例えば小説を読むのが好きであるとか、インテリアに凝るほうであるとか、服飾にこだわるほうであるとか、いろいろな趣味なども持っていると思います。子どもの存在によってそれらすべてを放り投げることは到底できないと思う人もいるだろうし、それはもちろんそれである。子どもが生まれたことで今までのことを白紙にもどして、子どもと家族のために生きたい、と思う人がいたらそれもそれでいい。そうすることでその人の人生が明るくなるなら、そうすればいい。程度の差はあれ、それは母親となった人が選択すればよい。その人と、子どもと、家族

が、より豊かな人生を送ることができるのなら。

最近、母子関係にまつわる問題がさかんに議論されるようになってきた。そして育児不安というのが強過ぎるとやはり母子関係に影響が出ると言われている。お母さんはつまらないことにくよくよしないで自分自身と子どもを受容して明るく育児なさい、というのが母子関係の立場からの主張のひとつだ。

不安はほんとうにいまわしい、持たざるべきものなのだろうか。何もかも未熟で本当に対応に苦慮する子どもに四六時中接していたら、不安のような感情が湧きでてくるのはむしろ心が健康に生きている証拠ではないだろうか。不安というのは、心が育児にあたって活発に活動していることを示していると解釈することはできないか。気分転換はもちろん大切である。しかし、不安と無理に忘れ去ろうというのではなく、不安を直視し不安と共存することで、新しい育児へのエネルギーが生まれると考えることはできないだろうか。健康な心の、生理反応である「不安」を自分自身で受容することによって。

8) ハイリスク児の家族の援助

困難事例の理解を深めるためにも、未熟児を保健所から引き継ぐ場合にも、ハイリスク児についての知識の必要になることは多い。

NICU治療中は児との接触が一般的に困難であるが、現在では母子分離体験そのものが一義的に愛着形成の不全に結びつくことはないと考えられている。ここで親と子の関係性が形成されて行く過程は、通常の出産と比較してはるかに長く困難な道程である。親は治療中の我が子の外観に衝撃を受け罪悪感や将来の不安を持つ。児は危機的な状態にあり、新生児なりの社会性に関する能力を十分に発揮できない。親は親本人の性格や家族、医療スタッフ等の条件に影響されながら周囲のサポートにより癒され子どもの生きようとする力に気付く。これはさまざまな苦悩の段階を経てゆっくり辿り始める自然の経過である。これらの全過程に、一方的な指導をしたり批判をしたりする事無く付き添う見守り手が存在することが、精神的な外傷を癒しつつ親子が自然な過程を辿って行く支えとなるものである。また、児の経過や予後については医療的判断の真の同意を得られるよう、頻繁に十分な説明がなされなければならない。

周産期においては喪失の場合のケアをさけて通ることは出来ない。医療の現状においては生きて生まれたことさえも意識のなかで否定するような児の状況がある。その際、愛着を持たないほうが失ったときに苦しまないですむというのは必ずしもあたっておらず、また悲しみの予防と軽減が必ずしも援助の本質でもなく、愛着と思い出を少しでも胸にしまったうえで喪失を悲しむ過程によって、心の平安にいたる。そのためには援助者は聞くことに徹し、対象の感情を表出させるのを恐れてはならない。

9) ハイリスク児の育児支援

極低出生体重児の長期予後を見ると障害児を除くとIQでは有意差が見られないが認知や視運動が有意に悪く学習障害がかなりにみられるという報告が国外からできるようになった。養育環境により発達が異なってくることは障害児を始めとして熟知されており、そのため発達支援のための介入が必要であると考えられるようになった。「早期介入」は発達神経学の領域で「生物学的環境因子や環境的危険因子を持ち、将来発達障害の危険性のある児に対し、その障害を予防したり最小にするために、児やその家族に働きかけるシステムのプログラム」と規定される。低出生体重児への介入は主に児の入院中、退院後の乳児期、幼児期の三期に分けて考えられる。入院中は施設間に差はあるもののすでに広く実施されている。退院後乳児期は不十分なが施設ごとの経過観察健診で行なわれる。わが国で最近関心が払われるようになったのは幼児期の介入に関するプログラムである。プログラムの内容は、児や家族のかかえている問題が一律でないので細部までマニュアル化するのは難しいが、最近修正2～4歳児を対象とし、遊び、親子の接触、話し合いによる問題点の発見と指導等を主とした集まりとして行なわれはじめている。参加した親は、これまで公園にいてもいくつと聞かれて生後の月齢でこたえたと体格が小さくやることも未熟なので恥ずかしいし、極低出生体重児だといちいち言うのもいやだったが、介入のプログラムではみんなと一緒に思い切って遊べていろいろと話が出来て本当にうれしいと話している。

最近不妊症治療の進歩普及に伴って多胎児の出生が相対的に増えてきたこともあって、多胎児を生み育てる親へのサポートの必要性が関心を集めるようになった。多胎児の親の悩みは、妊娠中の不安、合併症、入院に始まって、自分の休むとき寝るときがないという肉体的精神的負担、苦勞が分かってもらえないから多くの単胎児の母親と話すのがつらいなどの孤立感・孤独感、子ども同志を比較して、また、一般児と比較して不安になるなどの育児上の悩み、経済的負担、周囲の目や不快な言葉など、多岐にわたり深刻である。サポートの現状としては育児の手伝いを夫に頼むのには限界があり、祖父母に頼むが、それでも大変である。ホームヘルプサービスの利用は少なく、育児相談は一般的なものでは対応できていない。サポートサービスのあり方としては、多胎児の親に知識を普及し不安を取りのぞくためのパンフレット等の配布、親の会の紹介等、を始めとして、家庭訪問等の際多胎児特有の悩みを知らないために疑問に答えられない等の場合を考えた専門職の再教育、保育所入所の優先、公的ヘルパーの導入等が必要と考えられているが実現されているのはわずかである。

10) 出産・育児に関する不安等への対応

一般的な問題のないに安心・出産にあたっては、母親にとって児の誕生はとて嬉しきことで幸福もある反面、母体は精神的にも肉体的にも疲れた状態であることが多い。このような状況で母親は「うれしい筈なのにそう思えない自分はおかしいのでは」「他の人に比べて自分は駄目な母親ではないか」と悩みがちである。さらに、現実誕生した児と向かい合うと、母親の心の中には覚えていないはずの自分の乳幼児期の、親との関係が再現されることがあるといわれる。当時のことが母親の心のなかに漠然とした不安としてよみがえってくるという説である。ともあれ、産前産後にはホルモンの変動が激しく、母親はうつ傾向になりやすい。妊娠や育児に対する不安が起りやすいことも含め、母親に知識の普及のためのパンフレットを配るほか、うつ傾向のチェックを行い、強いものには援助の方法を考える等の試みも施設によってはなされている。これまでの母子保健は乳幼児に対するさまざまなサービスは充実しているものの、母親相談のサービスは充分とは言えない。母親の育児不安やさまざまな思いを相談する場は、まだ充分にはない。

母親の育児不安が最も強い時期が出産後1ヵ月以内と1歳前後に集中していることから、厚生省は、出生前小児保健指導事業を平成4年度からモデル事業として発足させた。これは、出産を控えた妊婦およびその家族が産婦人科医の紹介によって小児科医を訪れ、母子保健指導を受けることによって育児不安を軽減し、よりよい育児環境を作るとともに小児科医による精神的支援によって良好な親子関係を育成することを目的としている。産婦人科医の紹介料と小児科医の指導料は公費負担である。従来からの母親学級は集団指導であるが、本事業は小児科医により個別に育児に中心を据えたきめ細かい指導を行なうものである。これは平成6年6月、市町村事業である「子どもにやさしい街づくり事業」にまとめられた。

このような問題を組み合わせて考えると、心の健康づくりに周産期の保健支援のはたす役割が重要であることが導かれる。いじめは大きな社会問題であるが、乳児をもつ母親の多くに、自分がストレスをもったとき、そのはげ口を乳児という弱い存在に求めてしまうことを語るものがある。そして、いじめの構図というものがそこにはあるという。これは、出産直後に母親自信の乳幼児期の体験が無意識のなかによみがえるという説とあいまって、親と子の心の健康を形成してゆくうえで影響力の大きい状態であることが導かれると考える。出産前後の母親の心の支えがいかに必要であり重要であるかということである。

11) 妊娠中からの支援

ハイリスク児に対しての最新の医療技術による対応は、進んできているものの、根本的には起こってしまったハイリスク分娩への対処の範疇にあ

る。さらに予防医学的な見方をすれば、ハイリスク児を生まれてから救急対応するのではなく、妊娠中からの管理によってハイリスク児を発生予防するという考え方が導かれる。妊娠期間を3~4週間のばす事で児の予後は著しく変わってくるのは事実であろう。ハイリスク児の発生の共通の要因とていい中毒症の管理は重視されるに越したことはない。

リスクの高い状態というのは、届けられていない妊娠、受診されていない妊娠というものに多く発生しがちである。その状態を未然に防ぐために、地域で妊娠の把握漏れをなるべく少なくすることが重要であろう。妊娠の把握ということは、実際プライバシーの関わる問題であり、人権尊重も絡み、システムのなかで一律にマニュアル化できるものでもない。保健支援の方策の工夫や、個々の要員の資質などに期待してゆく部分であろうか。

最近では、妊娠中からの支援として、地域で問題を感じ、取り組まれてきていることがある。母子健康手帳交付時に面接し、助言できるのがよいが、現実にはできない地域も多い。この中で、ハイリスク基準をもうけ、該当する妊娠については訪問や電話等によって保健指導を行なっている地域がある⁴⁾。医学的な問題よりも社会的な問題を重視し、家庭基盤の脆弱な例を把握してゆくことに力点が置かれている。

また、母子の孤立の背景のなかで、仲間づくり型の妊婦教室が実施されている地域が報告されている⁵⁾。グループワークのなかで、悩んでいるのは自分ひとりではないという安心感が生まれる。地域での母親学級を母体とした自主グループが育っているところは、全国でも大変多くなってきている。

12) 低出生体重児の母親の育児不安に関する調査結果

これは、未熟児支援の理解を深めるだけでなく、育児不安というものの把握のためにも有益な調査結果である。

夫の関わりと育児不安合計得点：夫の関わりと育児不安合計得点を表1に示す。夫の「子どもについて話し合う機会」、「家事の参加」と育児不安合計得点には有意な関連はみられなかったが、夫と「気持ちが通じ合っている」($P < 0.05$)、「子どもの相手をする」($P < 0.01$)でそれぞれ有意に育児不安合計得点が低かった。

育児情報源と育児不安合計得点：育児情報源別育児不安合計得点を表2に示す。育児情報源としてもっとも多かったのは、友人、次いで実母、育児雑誌である。育児情報源として、友人をあげている人は育児不安合計得点が有意($P < 0.05$)に低く、テレビ・ラジオ番組をあげている人は有意($P < 0.05$)に高かった。

一番心配だった時期：一番心配だった時期を、調査年齢別に積み上げて図に示す。生後1週間未満、1~2ヶ月未満、4~12ヶ月未満の3つの山がみ

られた。

心配だった内容を表3に示す。「子どもの身体発育の遅れ」「発達の遅れ」、「病気にかかりやすい」、「離乳食や食事」が多い。また、出生体重が小さくなると「身体発育の遅れ」($P<0.01$)、「発達の遅れ」($P<0.01$)、「病気にかかりやすい」($P<0.05$)が有意に多くなった。

「出産まもなく」の不安と育児不安：「出産まもなく」の不安と育児不安合計得点を表3、出生体重について表4に示す。「出産まもなく」には50%以上の母親が不安ありとしており、出生体重が小さいほど「出産まもなく」の不安が有意($P<0.01$)にみられた。また、「出産まもなく」の不安がみられた母親は、育児不安合計得点が有意($P<0.01$)に高かった。不安が解消されたきっかけについて表5に示す。母親なりの視点でみた子どもの成長の様子が不安の解消のきっかけとなった。

母親の求めるサービス：母親の求めるサービスについては表6に示す。「子どもを育てる上でどのようなサービスがあったらよいか」の回答をみると、体重が少ないほど「未熟児の子育て教室」、同じように低出生体重児を育てている「親との情報交換の場」と答えた。また、低出生体重児の健診については、1500g未満では少ないが、1500g以上では40%以上があったらよいと答えた。

これらの結果が示すように、夫との関係が育児不安と密接な関係に有り、また、周囲の人から孤立して育児情報をマスコミに求めている人に不安が多い。これは、未熟児でなくてもおよそ母親の持つ育児不安に当てはまることである。一番不安だった時期は大阪レポートにもあるように、一般児の場合1歳以下の場合でもさらに若い月齢に集中している。育児不安は出産まもなくの不安からあとを引いていることが多く、この時期の支援は重要である。これも未熟児の親に限ったことではない。母親の求めるサービスは出生体重によって異なり、それぞれが求めるサービスを提供しなければならないことを物語っている。

3. 支援の現状と必要な研修

周産期の子どもと家族のかかえる問題を考えてゆくと、それは現代の子どもと家族のもつ問題がほとんど含まれていることが分かる。現代におけるさまざまな問題を把握しながら個別の状況に対応してゆくことは、あらゆる保健要員に求められることであり、いかに知識や経験をつんだ熟練したスタッフにとっても、これが簡単極まりないということはあるまい。

周産期の保健支援ということになると、これまでみてきたさまざまな事業を考えてみても、助産婦に期待されることが少なくない。それは、産か施設に勤務する助産婦に日常の勤務を通じて要求される資質でもある。母子保健事業としての知識の普及、保健指導、訪問指導、産後ケア事業、出産母子支援事業は、行政助産婦はもとより、開業

助産婦、在宅助産婦等の能力を開発しマンパワーとして生かしてゆくことが重要になってくる。もとより、小児と家族の問題を支援するに於いては、どの能力水準にある保健要員にとってもそれぞれの課題があるから、開業助産婦等の人材開発にも、その特性を十分に把握することが基本となる。

人材としての助産婦には、経歴等によりそれぞれの特徴がある。高齢助産婦は、新しい医学的保健学的な知識が不足し、また、時代の流れの把握に乏しいため、それに即応した指導能力が十分でない。これは在宅助産婦にもあい通ずる。一方、病院等に勤務する助産婦は新しい医学知識はあるが、保健支援についての知識に乏しい。いずれの場合にしても、子育てにはひとつの決まったやり方がないだけに、支援はとすると助産婦の個人的経験や主観になりがちで、また特定の主義主張に流される危険性をはらんでいる。また、能力以上の問題にぶつかるとも多いが、どこに助言を求めたらよいか、どこと連絡を取ったらよいか、分からないことが多いことが想像される。これらに対応できるようにするのが人材開発であり研修である。

心の健康づくりとしての支援には、心理職の参加がぜひ望まれるところであるが、心理職を確保するのが困難なのは程度の差はあれ、いかなる地域にも共通の悩みであろう。乳幼児健診に心理職の要員を配置するにも、市町村としては困難なところが多く、場合によっては一部事務組合などで対応し、共同事業としているところもある。出産母子の分野で心理職を活用しようとする場合、この領域に専門知識の深い心理職はさらに数が限られ、それを市町村でどのように雇い上げるのかという問題もからんで、充分な運用には程遠い状況であることが現実であることを認めざるをえない。

助産婦を活用した出産前後の保健支援がこれから重要になることが分かっているが、地域の現状として、財政的に関心が向き切れない場合がある。また、他の事業と連携が取りたくても、地域にはそれぞれの実態があり、あるいは限界があり、その特性に順応しながら勧めなければならない場合が多い。地域行政のこの問題への関心がいかであるか、また、地域の保健資源の実態がどうであるかを出産前後の支援をするものは知っていなければならないし、この点も研修の要点のひとつになる。

地域保健の仕組みが変わって、保健従事者の課題としても新しいものが注目されてきている。ひとつは市町村が主体となってゆくとともに生ずる能力の限界に対し、連携を活発に行なうということである。これはどの事業を行なうにあたって理解しておくべきことがらであり、地域保健のしくみについての基本知識は必修事項に近いものである。また、能力の限界を越えるものについての相談先としての地域の保健資源を熟知している必要がある。

周産期の問題にまつわる保健支援という意味で

は、未熟児が成育したあと、その管理が市町村に戻る時期があり、その場合ハイリスク児の生育状況と、ハイリスク児に特有な支援についての基礎的な知識は、引き続き支援してゆくためには必要である。

さらに、新しい時代の保健要員には人を受け入れ、人を変容させる資質が問われている。周産期の保健支援においても、人と接するやり方、面接法、カウンセリング技法についての基礎的な知識と技能があることが望ましく、そのための研修が必要となる。

4. マンパワー開発に向けて

周産期の家族の保健支援を助産婦が担ってゆくためには、その資質向上のための研修が強く望まれる。支援を行なう助産婦に提供されるべきものは支援に必要な知識・情報と研修の機会である。それは、授けられた知識と技能を、実際の支援に際していかに運用するかという能力開発も含む。それは、地域での親と子の心の健康づくりに、周産期の支援団がいかに重要かつ有効であるか、さらに、助産婦という職種が果たし得る役割が決して小さくないことを、認識させることである。助産婦が、保健支援という地域ベースの介入になくてならない存在であり、重要な役割を果たすことを理解させなければならない。またこれらの支援へ向けての意識を高めなければならない。

支援に必要な知識・情報は有効なメディアによって、研修等の場を通じて伝達される。それは、基本的な産科・小児科知識をはじめとして、地域の周産期統計、育児をめぐる家族や生活に関する知識、出産前後の妊産婦に特有な状況に関する知識、支援にあたっての関わり方・接し方に関する知識、ハイリスク児とその支援に関する知識、地域での保健サービス資源・福祉サービス資源・医療機関をはじめとしたさまざまな機関とその役割に及ぶ。特に、関連機関やサービス資源に関しては、具体的な連絡先や、サービスを受けるにあたっての有料無料の別、必要な費用など、具体的な助言を与える際に役立つものにするよ。

トレーニングにはさまざまな形態を導入すると効果的である。知識の習得のための講義形態はもちろんのこと、地域におけるさまざまなサービス資源や事業の見学が理解の助けとなる。支援の実際については、講義だけでは不十分であり、演習が必要である。事例については、経験した事例についてのストーリー提示に引き続き意志決定のための議論をするケースメソッドも重要である。こ

れに際しては教材をどう解釈すべきかにとどまらず、どう解釈し得るか、参加者とともに考えるのが大きな展開につながる。ケースメソッドにロールプレーの技法を取り入れることもできる。

カウンセリングや面接技法の演習も必要である。これにもロールプレーが助けになる。地域保健においてカウンセリングの資質が重要になっていることを理解させつつ、カウンセリング・コンサルテーションとはどういうことかを深めつつ、演習にあたる孤立や育児不安の強まっているなかで、グループワーク形式の妊婦教室や育児教室が注目されている。その際にさまざまな意見を引き出し議論を活性化するためのモジュレーターとしてはいることも、支援するものには要求される。このため、モジュレーションの能力養成のための実習も考慮してゆく必要がある。

指導者向けの研修も一つの課題となる。それは、行う研修の内容はもちろんのこと、実習のやり方、ディスカッションのまとめ方、面接・カウンセリング実習のしかた、地域助産婦の意識向上のための動機づけ等、多岐にわたるものになろう。

研修にあたっては、難解な指導でなく、実生活に根ざした身近な受け入れやすい支援をすることが、地域における親と子の心の健康づくりに有益であることを理解させ、支援者がそのための重要な要員であることの意識を高め、積極的に支援にあたれるよう、意欲を盛りたてるよう方向付けをしなければならない。

文献

- 1) 母子保健事業マニュアル。週間保健衛生ニュース、第808号、18-45、1995。
- 2) 厚生省、子どもの心の健康づくり事業で通知。週間保健衛生ニュース、第922号、2-3、1997
- 3) 西野幸恵。低出生体重児の支援について考える。平成9年度特別演習収録:239-238、国立公衆衛生院、1998。
- 4) 森崎文子、他。摂津市における5年間のハイリスク妊婦訪問指導事業。日本公衛誌、37(10)特別付録:325、1990
- 5) 中川靖子、他。妊婦教室の新しい試み。日本公衛誌、52(10)特別付録:828、1993。
- 6) 加藤則子。現代の子育て。公衆衛生、60(1):37-40、1996。
- 7) 加藤則子。周産期の母子保健。公衆衛生研究、45(2):123-129、1996。

表1 夫の関りと育児不安合計得点

属性		人数	平均点	標準偏差	検 定
子どもについて 話し合う機会	よくある	124	9.5	5.9	Mann-Whitney 検定 $ Z =1.0166$
	あまりない	40	10.3	5.0	
	合計	164	9.7	5.7	
まあまあ気持ちが 通じ合っていると 思う	はい	114	8.7	5.8	Kruskal-Wallis 検定 カイ2乗値 15.887**
	どちらでもない	42	11.4	4.9	
	いいえ	8	14.1	3.9	
	合計	164	9.7	5.7	
子どもの相手	積極的	53	8.4	5.6	Kruskal-Wallis 検定 カイ2乗値 12.845*
	まあまあ積極的	65	9.2	5.4	
	あまり積極的ではない	42	11.8	5.2	
	消極的	5	14.0	7.4	
	合計	165	9.7	5.7	
家事の参加	積極的	21	8.9	5.5	Kruskal-Wallis 検定 カイ2乗値 6.745
	まあまあ積極的	41	8.8	5.2	
	あまり積極的ではない	59	9.4	5.9	
	消極的	44	11.5	5.6	
	合計	165	9.7	5.7	

*解析対象は育児不安項目にすべて回答しており、かつ上記の項目について記載のあったものである。

表2 育児情報源と育児不安合計得点

属 性	人数	平均点	標準偏差	Mann-Whitney 検定 Z 値
義母	60	10.3	5.9	0.710
実母	104	9.4	5.4	0.885
姉妹	41	9.7	4.8	0.320
近所の人	38	9.2	5.9	0.809
友人	124	9.3	5.7	2.019*
保育所・幼稚園	47	10.2	5.9	0.528
医師	26	10.0	5.6	0.396
保健所	9	11.4	5.5	1.051
保健センター	18	9.3	5.2	0.305
育児雑誌	89	9.8	5.8	0.042
育児書	51	9.8	6.5	0.376
新聞	19	11.4	6.7	1.060
テレビ・ラジオ番組	34	11.4	5.7	2.041*
その他	6	9.8	4.4	0.293
いずれかの回答者	167	9.7	5.7	

*検定は項目を情報源と「した」、「しなかった」との間で行った

表3 出産まもなくの不安と育児不安合計得点

属性	人数	平均点	標準偏差	Mann-Whitney 検定	
出生時不安	あり なし	92 72	11.0 8.2	6.1 4.6	Z =3.185*
合計	164	9.8	5.6		

表4 出産まもなくの不安と出生体重

属性	人数	平均体重	標準偏差	Mann-Whitney 検定	
出生時不安	あり なし	95 75	2028.0 2317.4	446.2 200.5	Z =5.436**
合計	170	2155.7	386.1		

表5 不安が解消されたきっかけ

属性	実数	(%)
児の様子からなんとなく	21	(21.6)
児が保育器からでた	15	(15.5)
児の退院	8	(8.2)
児の成長に追いつきがみられた	12	(12.4)
専門家(医師・保健婦)の言葉	13	(13.4)
退院後初めての病院健診	4	(4.1)
保健所での健診	2	(2.1)
その他	15	(15.5)
不安は解消されない	7	(7.2)
「出産後まもなく」の不安あり	97	(100.0)

表6 母親の求めるサービス

属性	人数	平均体重	標準偏差	Mann-Whitney 検定(Z 値)
育児相談	49	2124.5	372.5	1.283
家庭訪問	25	2216.4	383.1	1.092
子育て教室	42	2269.3	308.7	2.553*
未熟児のための子育て教室	36	1930.3	510.6	2.723**
健診	70	2221.8	272.8	0.718
未熟児の親との情報交換の場	50	1975.2	499.5	3.166**
育児補充者	45	2170.4	323.5	0.466
その他	10	2123.3	291.1	1.018
合計	174	2158.7	383.4	

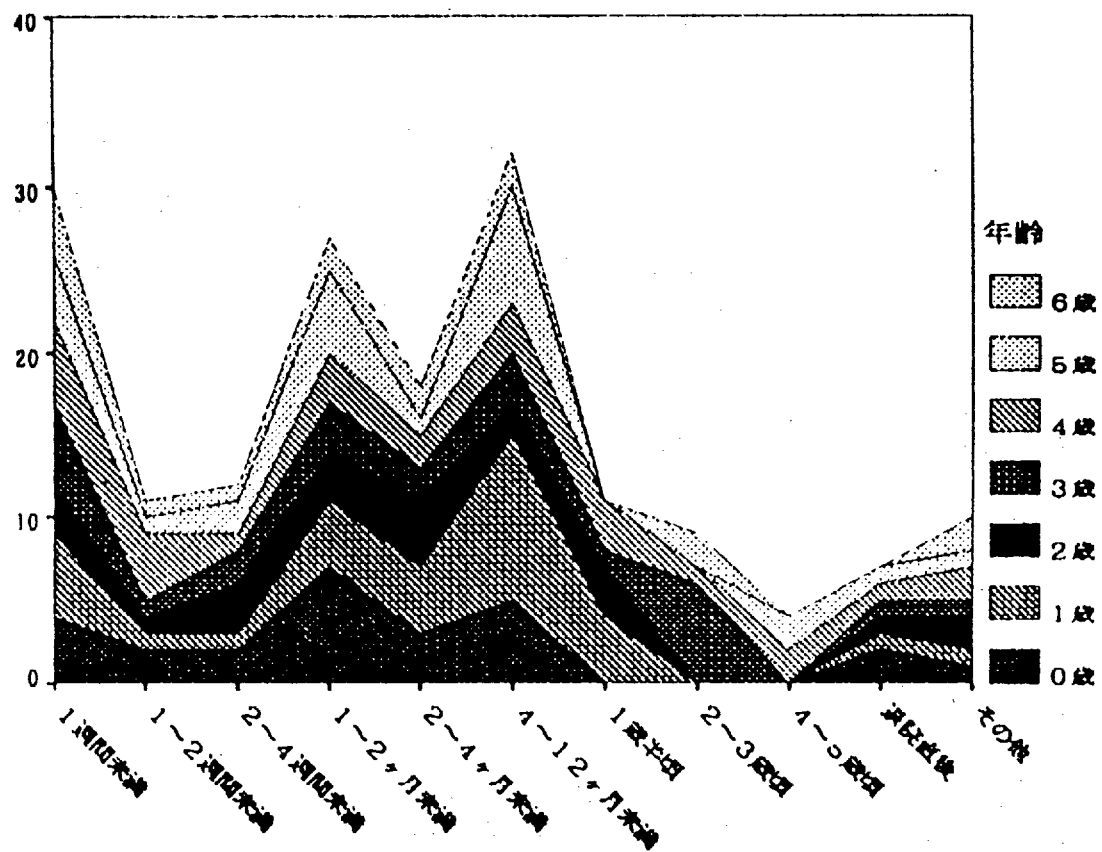


図 最も心配だった時期



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:最近の子どもと家庭をとりまく環境は、戦後の著しい社会情勢の変化にともなって、決して子育てのしやすすくないものになってきている。さらに、分娩前後の母親は、特有の心理的状态にある。従って、親と子の心の健康をつくってゆくためには、この周産期における保健支援にひとつの重点をおく必要がある。妊娠中または新生児に対する母子保健事業は現在多く行なわれているが、心の健康づくりという観点からは要員の数にもその資質にも不十分な点が多い。それらの拡充のためには開業助産婦をはじめとした地域の助産婦の能力の開発に期待される部分が多い。そのためには資質向上のための研修が必要である。研修にあたっては、提供される教材や、講義・演習等の研修のタイプについていろいろ考えられるが、助産婦による支援が必要でありまた有効であるという意識を高めることが重要である。