A Birth and Baby Care Support System for Preventing Child Abuse and Neglect

Yoko Furukawa and Ryutaro Kaneko

ABSTRACT

The aim of this study is to create a birth and baby care support system to prevent child abuse and neglect in the field of medical and social welfare.

In Japan, many state measures have been implemented, but their effects are very limited, because they don't meet the needs of the mothers.

Two interview researches on experience of pregnancy, birth, and baby-care were conducted, which revealed severe situations the mothers were in, due to the lack of support from their family. They cannot ask for support either from their hard-working husband or from other relatives in a tenuous relationship.

In this study we propose a new supporting system by women who have experienced pregnancy, birth, and baby care. This system should be of consistent and continuous nature, and the coordination of medical staff and social workers is essential.

〈論　文〉

虐待予防に寄与する産み育て支援システムの構築

― 病産院退院後からの母親支援の必要性を中心に ―

古川洋子・金子龍太郎

はじめに

古川（2008, 2010）の提唱する「産み育て支援」とは、妊娠期、出産、産後の子育てを産み育てという一連の営みであると捉え、子育て不安や孤独感の解消、児童虐待の予防を目的とした新たな支援システムを構築しようとするものである。地域社会や家族が変容して、機能が弱体化した現状を鑑みると、産み育てる母親の支援は家庭内では限界があり、家族を越えた支援ネットワークの構築が必要であり、それを可能にするには妊娠中から出産後まで母親に寄り添う継続的、包括的支援が必要だと古川は主張している。

本論文では、「産み育て支援システム」の構築が、大きな社会問題となっている乳幼児虐待の予防に有効であると捉え、具体的な体制を提唱するものである。その際、ドゥーラ的存在としての助産師が、ハイリスク妊婦のいる家庭に継続的に訪問して、出産時に付き添い、退院後の子育て支援を継続的に行う「家庭助産師（仮称）」を置き、保健・医療・福祉にまたがる支援チームの柱とする。同時に、虐待相談が多い夜間にも対応できる、メールを介しての24時間体制の相談機能と合わせて、包括的な支援システムの構築をめざす。

今日、社会的に孤立しがちな女性たちの多くは、子どもと接する機会のないまま、自分の出産を通して初めて子育てを経験せざるを得ない。育児経験や育児準備もない中で、初めての妊娠、出産、育児に直面する女性たちの子育て環境は悪化の一途である。ここにおいて、軽減しない育児不安や育児期の孤独感の中で、母親自身が真に求めている支援を明らかにして、いまだ明確になっていない問題を検討するために、本論文の視点を次の通りとする。

1）子育てを取り巻く環境の悪化に伴って、求められる子育て支援のあり方も多様化している。国の施策による子育て支援の特徴は、少子化対策をめざす子育て支援であり、1990（平成２）年に発表された「1.57ショック」を発端に、様々な施策が矢継ぎ早に出されてきた。しかしながら、出産後の子育てに焦点を当てた支援が大部分を占め、妊娠期からの継続性や連続性がなく、母親の持つ諸問題の解決に至っていない。

2）母親が感じる孤立感や孤独から生じる不安感の増大、および支援者不在にともなう子育て負担感は軽減していない。さらに、周産期のうつ病の発症、胎児虐待や乳幼児虐待などの予防には結びついていない。

3）女性たちの妊娠、出産、育児は、家庭生活の中で継続的に営まれているが、大きな負担を背負わざるを得ない。特に、新生児期から数か月間の生活は、乳児の特性から母親の負担が特に重い時期である。

4）子育ては、夫や家族による支援という自助努力により対処されてきたが、限界が生じている。その大きな要因として、夫の労働環境の悪化により、仕事に拘束される時間が多く、家庭内での夫・父親としての役割が果たせないという社会的背景がある。

以上の問題を受けて、本論文では出産後から始まる子育て支援ではなく、妊娠期から出産、そして子育て期まで一貫して医療と福祉が連携して支援を続ける「産み育て支援」に関する具体的な方法の提示を目的とする。また、従来の一部の母子を対象にする「ハイリスク・アプローチ」の視点ではなく、すべての母子を対象とする「ポピュレーション・アプローチ」(Rose, 1992)を基盤にした、当事者の立場に立った産み育て支援システムの構築である。その際、すべての妊産婦を対象としてハイリスクな家庭を早期に発見して、虐待予防に結びつけようとするのである。

ここでは、母子を取り巻く医療・保健・福祉の専門家の連携が支援の軸となる。その際、助産師や保健師が妊娠中から綿密に関わる必要があるが、助産師や保健師を含む医療専門職だけでは限界があり、社会福祉専門職を組み入れて、医療、保健、福祉の連携に基づく継続した産み育て支援システムを構築するのである。

1．子育て支援施策の問題点と乳幼児虐待の本質

1）既存の子育て支援施策の歴史的考察

元々、育児は家族や地域社会の互助を前提に行われてきたが、地域や家族の変化により、助け合いが困難な状況になってきた。「児童福祉法」はこの互助を前提として、その互助に対応できない子どもや家庭が存在する場合に、要保護児童として保育対応などを行ってきた。しかし、地域の互助は崩壊に向かい、その結果、互助が成り立たなくなってきた。

戦後、日本社会の変化の中、家族規模の縮小、いわゆる親と子どもだけで構成される核家族の形成がすすんだ。また、父親の過酷な労働環境下では、母親が全面的に育児を負う時代となり、父親や家族の支援が得られない中、孤立した育児を行なわざるを得ない状況に置かれている。加えて、1960年代に入り、出産の場が病産院出産へと移行したことも育児環境を変えた。1990年以降では、約99%以上の女性が病産院で出産を行うようになった。出産の支援者である助産師の動向は、就業者数は微増であるが、高度化する医療状況への対応とともに終日終夜にわたり母親に寄り添うとは難しい現状にある。

さて、我が国においては、1990年（平成2年）の「1.57ショック」が発端となり、1994年のエンゼルプランを皮切りに、2007年施行の「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん）」まで、様々な施策が実施されてきたが、いずれも少子化対策の側面が強く、出産後の子育てに焦点を当てた支援となっており、妊娠期からの連続性がないため、効果に乏しいと古川（2008）は主張し

た。すなわち、数々の少子化対策を実施した以降も、家族・親族内の育児支援機能の低下は続く一方で、妊娠や出産は個人の責任に帰され、国の責任が明確でない中での支援施策が進められたのである。「エンゼルプラン」、「新エンゼルプラン」は保育中心の施策であり、「次世代育成支援」は就労への支援策、要するに労働力確保への支援であった。そのため、父親に対しての子育ての責任を問うものではなく、いまなお母親だけが育児の担い手であるという前提に立った支援体制が継続している。

ところで、これまでの子育て支援に関する研究は、①子育てがもたらす母親の精神的負担感に関するもの、②育児ストレスと母性神話（今日の研究者の間では合理的な根拠は認められないとしているが、医療者など専門職者を含め日本社会には未だ根強く存在している）、③育児による身体的疲労、④育児不安と虐待、⑤育児不安とソーシャルサポート（夫や家族を中心とするソーシャルネットワークが中心であるが、夫のサポートは身体を使った関わりや遊びを中心としたものが多くを占めた）、⑥社会保障、家族政策と育児支援（子育ての経済的負担感）、⑦社会福祉分野における子育て支援研究（「保育に欠ける」を前提に、以前は保育所保育が中心であったが、今日では子育て支援のための保育と措置制度による養護を分けて考え、すべての子どもとその家族全体を対象とする方向に進んでいる）、⑧地域行政と子育て支援研究、であった。

このように様々な分野から子育て支援研究は進んでいる中で、社会福祉的視点からは、児童福祉法に沿った保育研究、虐待防止視点が主軸であった。新たに子ども家庭福祉と表現されるようにもなってきたが、その基本は「子どもの最善の利益の保障」であり、子ども視点の支援である。しかし、子どもの最良な健康を考える上には健康な母体の保障が不可欠である。子どもの視点同様、母親の健康の視点から支援のあり方を考える必要がある。

地域社会や家庭の変容により、機能が弱体化した現状を鑑みると、母親への支援は家庭内では限界があり、家庭外の支援ネットワークの構築が必要であり、それを可能にするには、妊娠中から出産後まで母親に寄り添う継続的、包括的支援が必要なのである。さらに、父親である男性に対する子育ての責任は問われずに、未だ母親だけが育児の担い手であるという前提に立った支援施策の問題も存在する。

2）乳幼児虐待を誘発する育児環境

今日大きな社会問題となっている虐待や養育放棄（ネグレクト）は、古今東西、人類の歴史と共にあった現象である。文明の発達していない時代では、飢饉や飢餓に陥ると、新生児の間引きや子殺し、そして子捨てが当たり前だった。そうしないと他の家族が飢え死にしてしまうからである。

現代の日本では餓死する子どもはほとんどいないが、増え続ける子ども虐待やネグレクトの原因には貧困が色濃く存在する。家計が苦しいと夫婦関係が悪化したりして家族のストレスが高まり、子どもの養育が疎かになったり、子どもへの暴力を引き起こしやすくなる。また、経済的理由でなくても、育児への関心のなさや仕事が忙しく子どもの世話をしない親も現れている。その

典型例が、両親とも医者で診察に追われて、我が子を放置（ネグレクト）していたケースに見られる。

いずれにせよ、子ども虐待の通告件数は増え続け、2010年度には全国で55,152件に達し、2000年の虐待防止法制定後の様々な取り組みが成果を上げていない。

ところで、オーストリアに本部があり、世界133の国・地域で活動を展開している国際児童福祉組織SOS-Kinderdorf（SOS子どもの村）の2005年度の統計では、オーストリアの9つの子どもの村で養育を受けている一人ひとりの子どもの入所理由を母親と父親の両方について集計している。そこでは、父親によるネグレクトが41.8%で、虐待が23.9%という数値が示されている（表1）。

母　親			父　親		
理由	人数	割合（%）	理由	人数	割合（%）
不適切な養育	152	31.8	ネグレクト	200	41.8
精神障害	96	20.1	虐待	114	23.9
虐待	86	18.0	不適切な養育	70	14.7
ネグレクト	65	13.6	アルコール中毒・薬物中毒	48	10.0
アルコール中毒・薬物中毒	64	13.4	精神障害	14	2.9
その他	15	3.1	その他	32	6.7
合計	478	100.0	合計	478	100.0

表1　オーストリアの9つのSOS-Kinderdorf（子どもの村）で養育を受けている子どもの入所理由（左：母親　右：父親）

このような集計を日本で行えば、一体何百万人の父親が虐待・ネグレクトの加害者としてカウントされるだろうか？仕事に忙殺されている日本の多くの男性たちは夫や父親の役割を果たしていない。こうした視点からは、わが国の子ども虐待やネグレクトの本質が浮かび上がってくる。つまり、一家族の病理現象だけでなく、男性の就業環境の苛酷さにより父親役割を果たしていないことと、それを容認している日本社会のあり方に起因する社会病理と言えるのである。

日本においては、虐待やネグレクトを直接行った母親は責められるが、母子を見捨てた実父の責任は不問というおかしな論調がまかり通っている。母親だけでは子育てはできない。父親の育児義務を明確にして、たとえば離婚後も養育費の支払いを義務付けるなどの法改正と施策が求められる。その上で、孤立しがちな母子を社会で支える仕組みを充実させるのだ。

さらに、子ども虐待は犯罪である。死に至らしめなくても、傷害や暴行は許されない。しかしながら、障害が残るほどわが子を殴ったり、娘に暴行しても逮捕される親はほとんどいない。刑法では、暴行罪や傷害罪が家庭で許されるとは書かれていないし、警察や裁判所が家庭に入らないとする民事不介入の原則はどこにも明文化されていないにもかかわらずだ。子ども虐待の加害者に対して毅然とした対応をした後、親の教育・支援を行い、被虐待的対応を学んでもらうことも重要となる。

わが国では家庭や学校で体罰（身体的虐待）が容認されていると、国連の子どもの権利委員会から改善の勧告が十年以上され続けてきたが、日本政府は国民に知らせていないし、対応していない。こうした事実をテレビや新聞が国民に知らせる責務があるだろう。

著者らは、子ども虐待は環境破壊であると捉えている。つまり、子どもにとって最も身近で大切な家庭という生活環境が親や大人によって破壊されているのだ。地域社会の破壊も深刻である。一般的に環境破壊というと、温暖化や森林破壊などの地球環境が論じられるが、実は子どもの生活環境の破壊が深刻であり、その一端が虐待という形で顕在化している。そして、人間性の破壊が日本社会に蔓延している。このような家庭や社会の環境破壊を食い止めるには、国民全体がその事実を認識し、国・政府の法整備、実効性のある施策と財政措置が不可欠である。子ども虐待防止は、厚生労働省のみならず、文部科学省、法務省、環境省など、複数の省庁にまたがる国家的な課題なのである。このような国を挙げての取り組みの必要性を国民に広く認識してもらうために、マスコミの役割は重要となる。

また、近年伝えられているのは胎児虐待（Fetal abuse）や胎児ネグレクト（Fetal neglect）である。すなわち、妊婦の喫煙、飲酒、薬物摂取、そして人為的に流産するように、父親・母親が腹を殴るなどして胎児に衝撃を与えることが知られていて、妊娠期からの支援の必要性が浮かび上がるのである。母子健康手帳の交付時（妊娠８週～11週）は妊婦の健康管理とハイリスク妊婦把握の大切な機会となる。

以上の虐待やネグレクトを未然に予防するために、アメリカで活動を展開している育児支援者（ドゥーラ）の存在は意義深い（Klaus, Kennel,& Klaus, 2006）。我が国においても、ドゥーラを子ども虐待予防システムに導入する必要性を岸（2007年）が紹介している。

「虐待についてみてみると、日本で、子どもが死に至る虐待の４割は０歳で起こっているそうです。０歳児は特にか弱いので、些細な虐待も死に直結しやすいこともあるかもしれません。しかし、産婦人科病棟で働いていると、産後に入院中のお母さんたちは、皆、いい母親になろうと精一杯がんばっていて、虐待をする母親になるとはとても想像できません。しかし、24時間サポートのある入院生活を終えて家庭に戻ると、ごく普通の母親が、良い親になるどころか、命にかかわる虐待をしてしまうのは、母親を取りまく産後の育児支援が十分でないのではと思えてしまいます。虐待は、いったん起こると親にも子にも深い傷を残します。生まれた後だけでなく、赤ちゃんが生まれる前から、虐待を予防することはとても大事です」。

「そのような問題はアメリカでも起こり、ドゥーラという職業がうまれました。ドゥーラの仕事は一見、目に見えません。付き添う、励ますなど、誰にでもできそうなことばかりです。しかし、これは『あるにこしたもの』ではなく、『なくてはいけないもの』です。この数十年間、世界中で、多くの研究によってその効果が注目されてきました。最近では日本でも、青森や神戸の看護大学でドゥーラの研究が始まっているようです」。

「研究によると、継続的に付き添うこと、つまり、いたりいなかったりではなく、産婦にずっと付き添うことが一番大切だといわれています。また、ドゥーラが、妊産婦と共有する条件が多

いほど、信頼関係を作りやすいので、効果が高いといわれています。理想は夫、家族、親戚、近所の経験豊富な女性など、もともと信頼関係ができている人々がドゥーラになるのが一番です。しかし、そのような自然な社会的サポートが受けられない女性もいます。家族の支援がない女性、シングルマザー、貧困、若年妊婦などです。恵まれた女性だけでなく、『すべての』女性に、誰かがそのようなサポートを提供できるようなシステムが必要です」。

妊娠から出産、早期育児期の子育て支援の現状を見ると、特に、病産院を退院した母子の4か月間は提供される支援に乏しい状況にある。この時期の子育て支援が少なく、中でも「新生児訪問事業」の実施率は20%程度にとどまり、生後4か月までの「全戸訪問事業」に委ねられていて、その間は公的支援もほとんど無く、「支援の空白期間」であることが明確になった（古川2010）（図2）。この時期は、母親の一番不安の強い時期であるにもかかわらず、医師や助産師などの専門職と顔を合わす機会もない環境にある。

2．新生児期・早期乳児期の育児の困難性　―インタビュー調査からの示唆―

1）産み育て当事者が語る育児の現状：2回の面接調査

妊娠から出産、産後の育児を経験した母親が各時期に必要としている事項を明らかにする目的で2回の調査を行った。

第1調査を2006年～2007年に実施し、35名の子育て当事者である母親に半構造化面接調査を行なった。2010年の第2調査では、育児中の3名の母親に対し、母親たちの不安が一番高い、出産後の退院から3～4か月までの新生児から早期乳児期の育児困難さに関する面接調査を2010年に複数回行い、詳細な語りの記録を得た。調査の分析には、言葉や表情、行為などのシンボルを手がかりにして進めるグラウンデット・セオリー・アプローチ（Grounded Theory Approach; GTA 質的研究の一つで、データに基づいた理論を構築するための一方策）に基づいた方法でデータの体系的な収集と分析を行なった。

これらの調査においては、当事者としての母親一人ひとりの語りを浮かび上がらせるための方法をとった。すなわち、調査協力者の自宅や静かな個室で語りやすい環境を設定した上で、調査協力は自由意志であり、不利益を生じさせないこと、いつでも中止が可能であることを文章で説明して同意を得た。

その結果、①核家族化が進み、妻の実家から遠く離れた家族の場合、夫をはじめとする家族内ネットワークの脆弱性、②母親たちが一番不安の高い期間である、病産院退院から3～4か月までの出産早期の公的支援のなさ、そして③妊娠期からの一貫した支援者不在が明らかになった（古川、金子, 2010）。

（1）第1調査：35名の語り

多くの母親の語りに出てきた内容として、夫をキーパーソンとして、子育てを「一緒に考え行動してくれる」存在、「一番頼りにしていた」と重要な存在としての価値を認めているにもかか

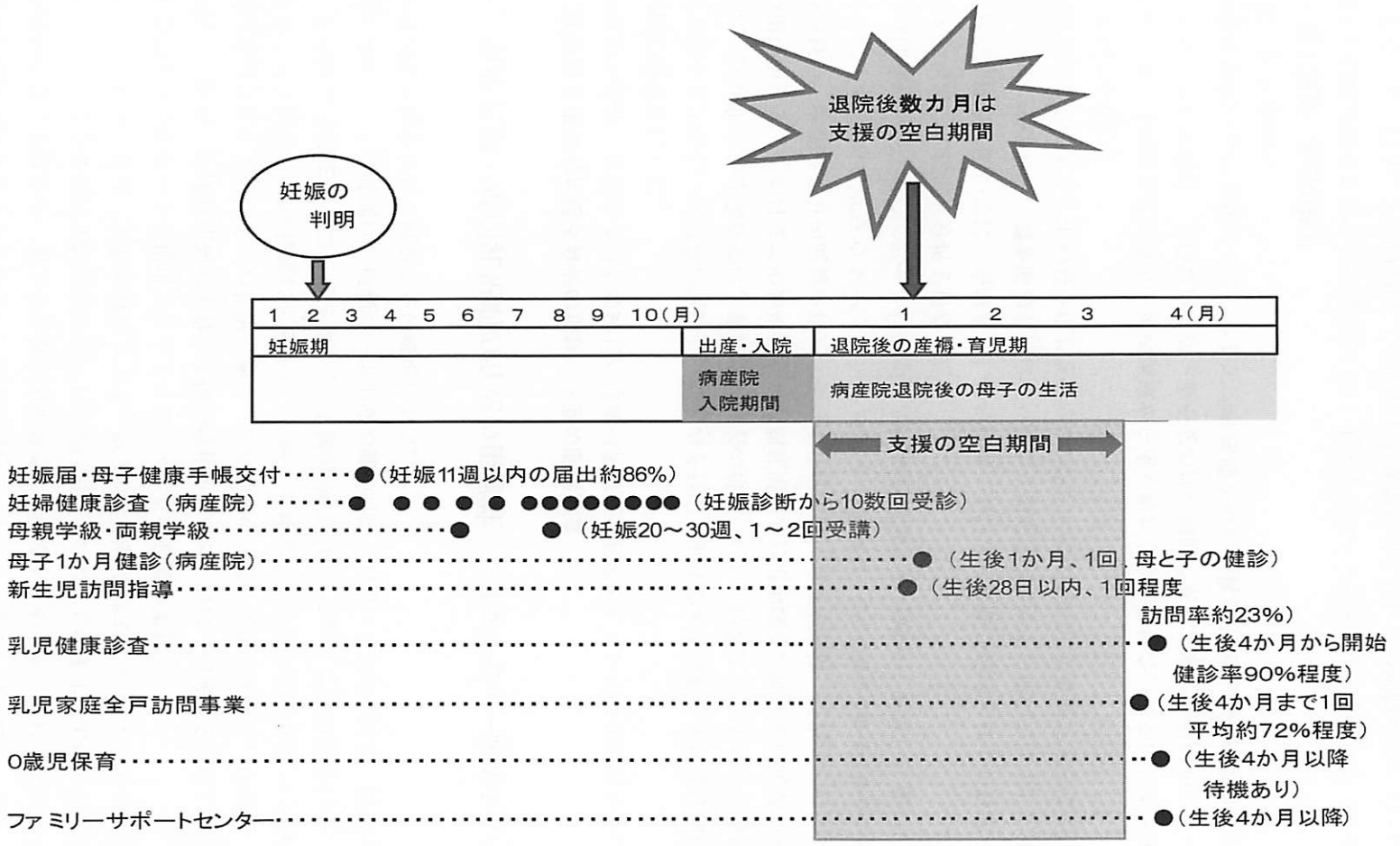


図1　妊娠から出産、そして早期育児期の子育て支援の現状

(古川2010:「子育て支援から産み育て支援への発展」『龍谷大学大学院紀要社会学・社会福祉学第17号』p.91 筆者改変)

わらず、就業に伴う不在が当たり前であった。母親自身も育児で大変としながらも、夫が仕事で不在であることは仕方が無いこととしている。

夫は仕事で不在がちでした。（子ども１人、核家族）

夫は遅いし忙しいしね。（子ども１人、核家族）

夫が出産のときに立ち会わなかったことは、仕事の調整もあって、出産なんて予定は立たないでしょ。（子ども１人、核家族）

産後に夫の母が来てくれましたが、夫は長期出張に行ってしまいました。（子ども３人、核家族）

夫がいるときは子どものお風呂はしてくれていたのですが、何せ出張が多くて、一回行くと２週間から１か月くらい不在でした。（子ども２人、核家族）

また、日本独特の慣習としての出産前後の「里帰り」を行なったものの、母親たちは前後の環境の変化に伴うストレスを認識していた。常日頃、生活を共にしていない実家の家族と、出産を契機に同居するものの、双方が様々なストレスを抱いてしまう。しかし、夫が仕事で出産後の生活の支援者にはなり得ないということで、やむを得ず里帰りを選択した母親もいた。夫や実家の生活状況をふまえ、母親は子育ての依頼には遠慮や気遣いをしており、時として支援にならないマイナス要因をもたらすこととなる。

私は、産後の過ごし方を失敗してきました。３人目の今回は自宅で夫と子どもたちと過ごそうと思っています。１人目のときは実母に来てもらいました。母も慣れない環境で大変でした。それを見ている私もストレスでした。そうこうしているうちに実父が母を迎えに来ました。父もひとりでの生活がこれ以上できないといって母を迎えに来たのです。

二人目は、産後に上の子どもをつれて私が実家に帰りました。しかし、３週間もたたないうちに、私自身が実家にいることがストレスとなったのです。すぐさま、乳飲み子と上の子を連れて新幹線に飛び乗りました。（子ども３人、核家族）

一人目は里帰り出産でした。二人目は産後に実家へ帰りました。三人目は、上の子の学校のことがあったので、実家の母に来てもらいました。やっとの思いで来てもらったのです。母も年々年をとって、「身体が辛い」ということもありました。さらに妹にもお願いして。母も妹も駄目なときは、姑さんまで来てもらったことがありました。なんだか、お願いすることに疲れてしまって。ひそかにシルバー人材センターのチラシを大切に持っていたのですが、二人の母がいるのにそんなことしたら何言われるかしらと思って、使うことはできませんでした。夫の仕事も朝早いことや、夜が遅いこともあるし、何か気を遣っていました。お願いに気疲れしました。（子ども３人、核家族）

出産後（病院では）は「ゆっくり寝たいから」といえば、赤ちゃんを新生児室で預かってくれていたし、ご飯はちゃんと出てくるし、質問があればすぐ聞けました。本当に何の心配もなく過ごせたのです。退院後も普通に過ごせると思っていましたが、入院中と全然違っていました。（子ども１人、核家族）

家族以外の支援者として、医療・保健専門職がいる。しかしながら、専門職に対して母親は「安心の得られる存在」としながらも、専門職に支援を求めるのは、何か問題が生じたときという認識が強く、病院や専門職を身近な存在と捉える認識には程遠かった。

産後の訪問があるなんて知りませんでした。知っていたとしても、なんだか特別な人が使うものと思っていたでしょう。産後は育児書を読んでいました。

相談に行くことは、何か変に思われるのではないかと思っていました。夜泣きがすごくて、辛かったのですが、こんなことで相談に行ってはいけないと思っていました。病気とか身体の調子が悪いときには病院に行きますが、夜泣きで病院に行く人はいないでしょ。夜泣きが辛かったのですが、人に相談することではないと思っていました。昼間は二人きりでしょ。出産するまで子育てについて調べたりすることはなかったのです。(子ども２人、核家族)

産後の訪問なんてありませんでした。その時分にそのような訪問があって、来てくださっていたら、ずっと話をしていたと思いますよ。入院中は、授乳の仕方や何かを教えてもらうというより、入院していたって感じです。(子ども２人、核家族)

第一調査の結果を受けて、妊娠期、特に出産後から４か月までの育児期をどのように過ごしていたのかを調べるために３名の母親の詳細な語りを聞いた。データの収集では、３名の母親に対して半構造化面接法をとり、複数回の面接以外に電子メールや郵便により追加情報を得た。語りを行った女性たちは、妊娠から出産、そして育児期にかけて大きな心身上の問題のない普通の母親たちであったが、生後４か月までは自由に動くことができない、以下のような母子の現状が明らかになった。

産み育て期の生活として、次のような語りが得られた。

①「休みたいときに休めない」、「自分のことを行なう時間がない」、「自由に外出ができない」事に関する主な語り

本当に大変だった、(どこにも)連れていけない、気力もないし。そういう余裕がないっていうんですかね。……ほとんど抱っこしたまま家事をしていましたので、自分の身なりを整えることすらできない状態でした。もう、歯も磨けないくらいの、それは、４～５カ月まで続きました。本当にピークの時は４か月くらいまでは、まったく髪の毛すらとけない感じだったので、外にちょっと出られないのです。ほとんど抱っこした状態で家事をしていましたので、髪を縛るのがきつかったり、髪をとくのを忘れて買い物へ行ってしまうこともありました。(Ａさん、子ども１人、核家族)

退院後から１か月までが一番大変でした。外出はできないし、上の子がいると休みたいときに休めず、疲労がたまり頭痛や吐き気、肩こりに悩まされました。……私はかなり苛立っていました。(Ｂさん、子ども２人、核家族)

しんどい時は、(子どもを)あやしてないですし、やっと寝たとか、やっと泣かないで、何か、きょろきょろしている。私がもう、横になるのですが、ちょっと起きている期間が長くなった１か月半ぐらいから、もう、起きんと寝ていくれたらいいのにって、思うぐらい。そうし

てくれたら、私も、あの、心置きなく一緒に寝られるのに、（子どもが）目を開けているから、私が寝ていても悪い気がする。（Cさん、子ども1人、核家族）

②支援者の条件に関する語り

（Aさん）やっぱり実家に帰る以外で誰かが家に来てくださるっていうのが、なかなかなかったので、で、「お風呂も入っていいよ」、「見とくわ」、「抱っこしとくわ」って言っていただけて。見かねて来ていただいたって事ですかね。でもやっぱり、訪問していただいたのが、一番私は助かりましたね。……ほんとに、来ていただいたのが、一番すごくうれしかったのです。

（Bさん）もし（定期的に訪問してくる人が）いたら、いや、ありがたいです。もう、ぜひ来て欲しい。人が来てくれたら、うわ、もう、もう、バラ色やね。もう、すごい、後光が差す。もう、拝む、拝みたい。ぜひとも来ていただきたい。いや、ありがたい。もうぜひ来て欲しいです。

（Cさん）指導をしてくれるというより、同じようなことを継続してやってくれる方に、たまにお手伝いに来てもらえると助かる。

③夫の不在に関する語り

（Cさん）子どもが生まれて2週間ぐらいしたときに夫が仕事で東京に10日ぐらい行ったのです。そしたら、その時、どっと疲れが出て。その間は一人でずっと。まあ、2、3日に1回親が昼ご飯を持ってきてくれましたが。一人で子育てをやっていましたから、その時はふらふらでした。腰が痛くなって、動けなかったのですが、子どものお風呂はしないといけないし、大変でした。

（Cさん）四六時中、この子、自分の子どもを責任もって見なければいけない。その空白の時間というのが、作れないというところから、まず気持ちがしんどくなってしまった。やっぱり夜中も関係なく、時間に関係なく子どもが起きてしまう。……自分が手を抜く時間を作れないことが、大変。

調査対象の母親たちはリスクをもった女性たちとは言えない。しかしながら、彼女たちの生の声から明らかになったのは、産み育て期の不安や孤独感が非常に高く、母親自身が真に求めている問題を解決しない限り、育児負担は軽減しないという事実であった。

母親たちの語りからは、新生児期・早期乳児期には3～4間おきの授乳、そしてオシメ交換や抱っこなどの世話が必要なのであり、母親は日夜休まる時間がない現状が浮き彫りになった。母親たちは、乳児を抱えての外出さえままならない。家庭においても洗顔、歯磨き、身だしなみ、そして洋服の着替えという日常の行為さえ支障をきたしている実情があった。

中でも重要と思われるのは、女性たちは夫を育児パートナーとして重要な存在だと認識しているにもかかわらず、今日の大半の男性たちが置かれた過酷な勤務体制から、父親が仕事で不在なのは仕方がないと諦めている大多数の女性たちの存在であった。女性たちの語りからは、夫が仕事で不在がちだったり、疲れ果てて夜遅く帰宅した夫に育児を頼むのさえはばかられる状況の中

で、父親が支援者にはなりえない我が国の現状が浮き彫りとなった。

以上、二つの調査によって、母子の生活実態を踏まえた支援の必要性が明確になった。そこでは、①夫をはじめとする家族内の支援ネットワークには限界がある、②病産院退院後の３～４か月の間に支援の空白期間がある、③出産後４か月まで、母親は外出が困難な状況にあり、訪問支援が求められる、ことが確認できた。

２）新生児期・早期乳児期の生理学的特性：Ultradian Rhythum を中心に

自転周期が24時間の地球上に生きる人類をはじめとして、生物のほとんどは24時間周期で睡眠と覚醒を繰り返す生活を送っている。この周期性は、昼夜のない環境下では、約24.8時間で繰り返されることから、Circadian Rhythm（circa＝約、dian＝１日の；概日リズム）と呼ばれている。しかしながら、出生後から Circadian Rhythm を示すわけではない。新生児・早期の乳児は、３～４時間の睡眠と覚醒を繰り返し、３，４時間おきに授乳を求めている。このように、24時間より短い（＝超日）行動リズムを Ultradian Rhythm（ultra＝超、dian＝１日の；超日リズム）という。

Kaneko（1996）は乳児院において、乳児が求めるときに哺乳瓶で授乳する自律授乳（それに対して、時間を決めた授乳を定時授乳という）養育下での16名の乳児の縦断的記録の分析を行った。個人差はあるものの、どの乳児も生後90日（３か月）頃までは、昼夜の区別ない授乳を求めているが、徐々に昼間の授乳が多くなり、夜間の授乳が少なくなっていく。そして、生後６か月を過ぎて離乳食を食するようになると、日に３回の離乳食の後に授乳が集中してくるが、生後10か月になっても、夜間の授乳が残っている。これらの記録の授乳間隔を見ると、新生児期（０～１か月）には３時間前後の授乳間隔が大半を占めていることが明確である。すなわち、乳児の授乳欲求に応える自律授乳において、乳児の生理的要求が３時間毎に繰り返される（＝Ultradian Rhythm）ことを示している。また、授乳間隔の発達的変化をみると、月齢が増すにつれて長い授乳間隔が出現してくる。このことは８～10時間の長時間睡眠が出現したことを意味しており、４か月以降の月齢になると、乳児が寝ている間に母親は睡眠・休息をとれるようになり、母親の負担は軽減される。

以上、授乳データから、新生児期には３～４間おきの授乳、そしてオシメ交換や抱っこなどの世話が必要なのであり、母親は休まる時間がないことを裏付けている。母親たちは、新生児を抱えて、外出することの困難から訪問を希望していることが伺える。この期間中は、洗顔、歯磨き、髪の手入れ、そして着替えという日常行動さえ支障をきたしている現状があった。

３．産み育て支援システムの構築

１）産み育て支援システムと虐待予防

2007年５月１日から運用を開始した熊本慈恵病院の「こうのとりのゆりかご（赤ちゃんポス

ト)」には2009年10月までに相談973件、受け入れた乳幼児は51名に及び、我が子を預けざるを得ないほど追いつめられた女性の数の多さが明らかになり、妊娠期からの支援の必要性が改めてクローズアップされた。その中で、「思いがけない妊娠」が全相談件数の31%を占める現状が浮かび上がった。内訳をみると、適切な妊娠・出産環境にない女性の実態が明らかとなった。

慈恵病院の看護部長の田尻（2010）は、「こうのとりのゆりかご」開設以前からの問題意識と実践を次のように述べている。

「出産のための入院期間は通常5日間である。この5日間で、抱っこしたこともないお母さんに抱き方から沐浴、授乳指導とすべてのことを習得してもらうのは難しい。そこで従来の母親学級を、ご主人やご家族も参加できるクラス（エンゼルクラス）とし、安全なお産をするための準備だけにとどまらず、『妊娠中から子育ては始まっていますよ』と、お母さんの意識自体を変える内容とした。退院後は、助産師が1週間から10日ほどして電話をかけ相談を受ける。必要に応じて自宅に出向き、産後の支援や育児の相談を受ける『母子訪問』、また、訪問だけで解決できない場合は病院で1日過ごしてもらう『日帰りケア』を行うなど、継続的に関わることでお母さんの訴えを現実と照らし合わせ、適切なアドバイスをする事業を始めた。さらに、育児サークル（エンゼル広場）も開設し地域の方々にも開放した。そして、当院で出産されたお母さん方がいつでも相談できるよう、助産師が直通の電話を携帯し24時間対応する電話相談を開始した。このように出産をされた方に妊娠中から産後にかけてのケアをより手厚く行うことで、産後うつ病の発症を予防することができた」。

熊本慈恵病院では、妊娠期・周産期を中心とする切れ目のない支援を既に実施しているのである。しかしながら、このことは一病院だけで解決できない。全国の問題として取り上げ、国レベルの政策として考え相談窓口を各地に設置し、妊娠で悩む女性のための手厚い相談窓口を実践していくことが大切であると田尻（2010）は訴えている。

助産師の役割について、長谷川（2008）は次のようにまとめている。

① 助産師は、妊娠・出産・育児へのライフイベントに関わり、母親のもっとも身近な存在となる。母親への育児指導や乳房ケアを通して、信頼を得やすい。

② 信頼関係ができた担当助産師が、見守りのあるお産（ドゥーラ的役割）として、その分娩に立ち会うことができれば、母親の出産の緊張や不安は緩和され、何より身近な存在となり、継続的な支援の始まりとなる。

③ 助産師などの看護職は虐待の予防的な視点に焦点をおくことで、業務の様々な場面でハイリスク要因を把握できる。

その際、重要な事柄として、長谷川は以下の点を挙げている。①ハイリスク女性への継続支援がとても重要となる。その際、保健師や専門職との連携は欠かせない。②関係機関との連携で情報を共有し、長期支援体制をとるのが子ども虐待予防の基本的姿勢である。③妊婦の精神衛生への配慮、心への配慮が求められる。

また長谷川は、虐待相談の多い夜間に対応するために、電話に加えてメール相談を受けている。

メールでは、これまでの成育歴を振り返り、自己の物語にして切々と気持ちを述べたり、日々の妊婦生活や子育てについては、日記のごとく細かく知らせてくれたりする点から、ある種のナラティブ・セラピーの役割も果たすと思われ、内容をデータ保存してチームで検討できるという利点がある。しかしながら、電話とメールを一人の支援者が抱え込むのは危険であり、チームを組んで情報を共有する必要性を述べている。

2）医療機関と福祉関係機関との連携

支援システム構築にあたっては、助産師や保健師が妊娠中から綿密に関わる必要があるが、助産師や保健師を含む医療専門職だけでは限界があり、社会福祉専門職を組み入れた、継続した産み育て支援システムを構築するのである。その際、聞き取り調査で明らかになったように、出産後数か月間の母子は外出さえ難しい現状にあり、うつ傾向にある母子は家庭に引きこもってしまう。その現状からも、支援者が母子の家庭に出向いて支援していく体制をとる必要がある。

具体的には、まず、すべての妊産婦に対してポピュレーション・アプローチをとり、ハイリスク家庭を早期に発見する。その家庭には助産師や保健師が定期的に訪問して、妊婦健診を行い、女性たちが感ずる悩みや不安の相談を受ける。これは母子保健法に基づく妊産婦訪問事業として実施する。ここにおいて、ハイリスク家庭への継続支援として、福祉・医療・保健の各種専門職との連携に基づく支援システムを構築するのである。こうしたハイリスク家庭に対する産み育て支援システムの構築は、大きな社会問題になっている乳幼児虐待の予防につながる。同時に、支援を求めるローリスク家庭に対しては、非専門職者による家庭訪問などを実施する（図3）。

その際、子どもを産み育てる女性たちが直面する問題を解決する方法として、ソーシャルワークの実践モデルである「問題解決アプローチ」手法を用い、介入方法を検討する。それは、女性たち自らの問題を読み取り、問題に取り組む思いや言動を方向づけるための支援である。

以上、妊娠期から出産、そして育児期まで医療と福祉が連携して支援を続け、助産師がコーディネーター役になり、地域と病産院が連携したチーム制の体制が、「産み育て支援システム」なのだと結論づけた。

日本における妊娠から出産、育児期にかけてのソーシャルワークの現状では、何か問題の生じた母子、たとえば、早産で子どもがNICUに入室となった事例や若年妊婦への支援、経済的問題を抱えた母子への支援などの対応が多い。MSW側の問題として、同じ領域での勤務が数年で交替すること、専門領域の研修制度が乏しいことへの課題があった。このような医療、福祉連携職種としての日本の病産院におけるMSWの現状と課題を考察した。助産師やMSWなど福祉職と協働し、専門職コーディネートのもとでトレーニングを受けた母子支援者の参画によって、面識のある支援者による継続支援は可能である。

以上の考察を踏まえて、次のような継続的支援を行う虐待予防システムを提唱する。

① 妊娠の確定後は、母子健康手帳を渡され、妊婦健康診査を医療機関である病産院で定期的に受ける。この際、ハイリスク家庭を把握する。

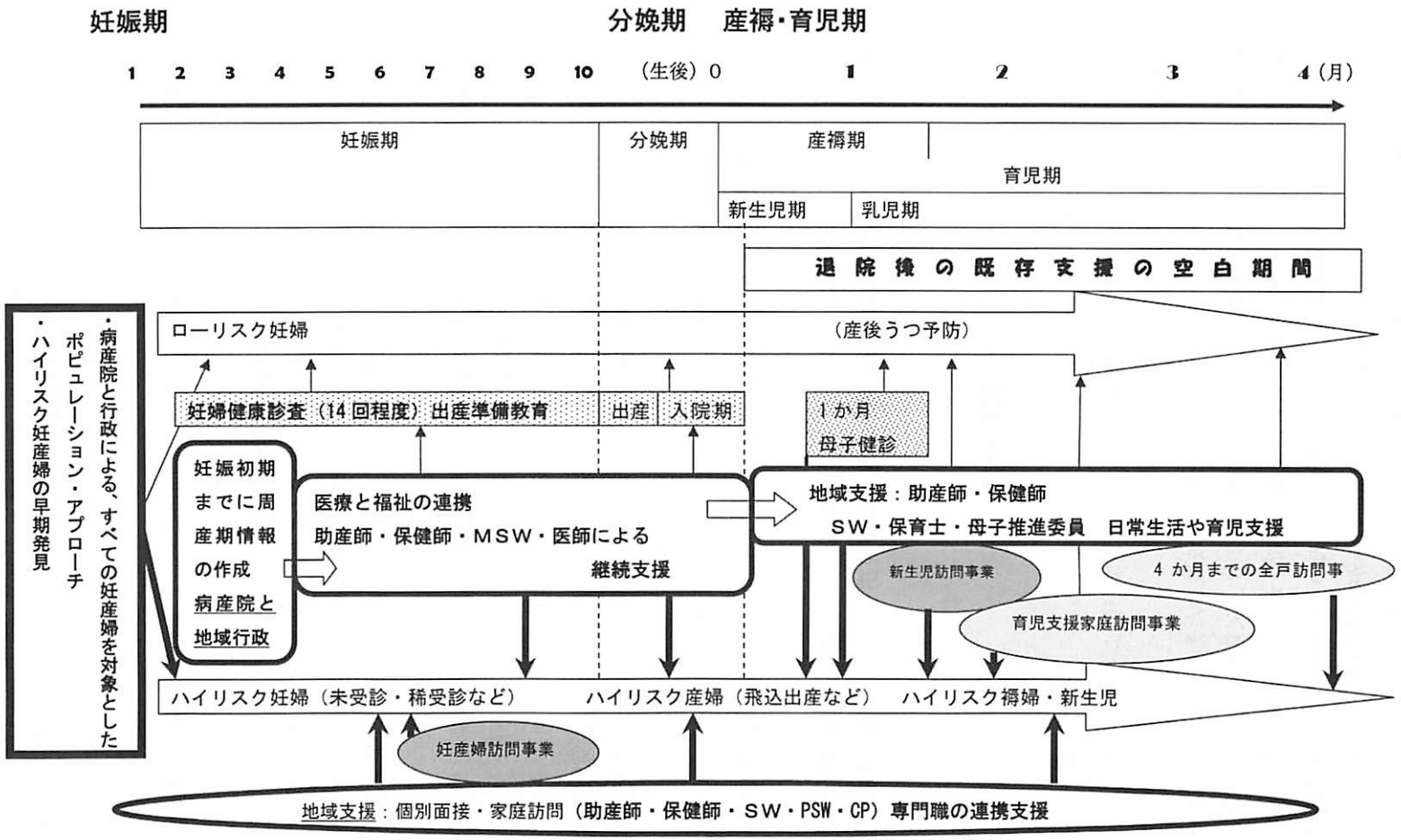


図2　継続した産み育て支援システムの構図

② ハイリスク家庭に、家庭助産師が定期的に訪問する。妊婦健診を行い、日々母親達が感ずる悩みや不安の相談を受ける。これは母子保健法に基づく妊産婦訪問事業として実施する。

③ 分娩期には、家庭助産師の立ち合いのもと、健診を受けていた病産院で出産して、数日間の入院生活をおくる。

④ 退院後1週間前後に、家庭助産師が「新生児訪問事業」としての家庭訪問や健診を行う。その後も、定期的な家庭訪問を続け、3歳まで見守る。

⑤ ②～④までの間、電話とメールで継続的な相談を受ける。

ここでは、特に母親たちの語り分析に対応した産後4か月までの子育て支援の体制に焦点を当てる体制をとった。すなわち、産後数か月の育児支援の問題として、①母親達の一番不安の高い病産院退院から数か月までの公私ともに支援のなさ、②妊娠期から育児期の一貫した支援者の不在を踏まえ、それらの問題を解決する産み育て支援システムを構築したのだった。

システム構築にあたっては、周産期の助産ケアや母子保健側面と社会福祉側面との連携をめざし、さらなる福祉を推進するための社会福祉領域からの支援システム構築を行なう。その際、子どもを産み育てる女性たちが直面する問題を解決する方法として、ソーシャルワークの実践モデルである「問題解決アプローチ」手法を用い、介入方法を検討する。それは、女性たち自らの問題を読み取り、問題に取り組む思いや言動を必要と考えられる方向に導くための支援である。その支援とは、「アウトリーチ（家庭訪問としての支援）」を基盤にした「ポピュレーション・アプローチ」を基盤にする、継続した切れ目のない産み育て支援の具体的支援システムである。

一方、ハイリスク家庭に対する産み育て支援システムの構築は、大きな社会問題になっている乳幼児虐待の予防につながると捉えている。

以上の問題を踏まえて、妊娠期から出産、そして子育て期まで医療と福祉が連携して支援を続け、助産師がコーディネーター役になり、地域と病産院が連携したチーム制の体制が、「産み育て支援システム」なのである。

おわりに

母親の生活と子育ては密着しており、子育ては生活の一部である。子育てのみに焦点を当てて母親の生活全体を理解するのではなく、母親の生活の環境整備が何より求められる。その上で子どもの生活を整えていくのである。

母親たちの語りから明らかになったのは、家庭や地域を破壊したものとして、企業や行政の対応上の問題がある。夫の長時間労働など就労環境の悪化により、父親が育児を担えない状態と、縦割り行政のために、司法、警察、医療、教育、福祉が分断されていて、有効な対策がなんら採られていないという大きな問題がある。長時間労働による夫の不在や転勤や単身赴任による家庭生活に及ぼす悪影響や家族の分離などにより、専業主婦のみが育児を担わざるを得ない状況のなかにあって、近居の親族の援助を前提としたあり方は、既に限界に達している。

本論文で取り上げられなかった、医療ソーシャルワーカーが担う母子支援専門職の創出など、医療、助産、保健、福祉政策を取り組む政策アプローチを円滑に機能させるための行政的予算運用については今後の課題である。

【引用文献】

古川洋子（2008）「日本における産み育て支援システムの構築」『滋賀県立大学人間看護学研究』6，71-76.

古川洋子・金子龍太郎（2009）「母親の語り分析にみる産み育て支援の課題」『第57回日本社会福祉学会』792-793.

古川洋子（2010）「子育て支援から産み育て支援への展望」『龍谷大学大学院研究紀要』17，87-99.

長谷川喜久美（2008）「助産師の妊娠中からの母親へのかかわり」『子どもの虐待とネグレクト』10，166-174.

岸利江子（2007）日本子ども虐待防止学会三重大会の特別企画「妊娠期から始める母と子のきずなづくり」http://www2.crn.or.jp/blog/lab/03/07/post_01.html

Kaneko, R.（1996）Ultradian rhythm and its individual differences in self-demand bottle feeding Suggestion for feeding schedule in group infant care. Research and Clinical Center for Child Development（Faculty of Education, Hokkaido University）, 19：23-31.

Klaus, M.H., Kennel, J.H., Klaus, P.H.（2006）竹内徹・永島すみえ（訳）『THE DOULA BOOK』MC メディカ出版，19-36.

Posch, C.（2005）SOS-Kinderdorf in Austria（2005年5月21日講演資料）

Rose, G.（1992）The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press, New York.

田尻由貴子（2010）「『こうのとりのゆりかご』の相談業務に取り組んで」『子どもの虐待とネグレクト』12，179-187.