

子育て支援から産み育て支援への発展

System change from child care support to pregnancy-birth-child care support.

古川 洋子

はじめに

日本における子育て支援は、1990（平成2）年の「1.57ショック」が発端となり、様々な施策が矢継ぎ早に出されている。少子化対策から発生した子育て支援の問題は、出産後の子育てに焦点を当てた支援が多くを占め、妊娠期からの連続性がないため、効果に乏しいと考えられる。筆者は、妊娠期から産後の子育て期にわたって一貫した支援の必要性を論じ、「産み育て支援」を提唱してきた¹。

また、子育て不安や孤独感、児童虐待などの深刻さを鑑みると、支援対象をすべての子育て家庭に広げ、かつ重度なケースには速やかで専門的な支援の必要がある。「ハイリスク児」や「保育に欠ける子ども」、「問題児」など何か問題のある子ども達を支援していた従来のありかたから、すべての親子を対象とした、子育てという日常的な営みそのものに対する支援への転換が強く求められる。子育て中のすべての親を支え、励まし、育てることを通じて、子どもを育てようという視点への転換が必要であり、専門職のみがかかわる「医療モデル」に加えて、対象者の日常生活を重視する「生活モデル」を加味して、産み育て支援を継続したものとしてとらえ、育児をおこなう女性のすべてを支援の対象にする必要がある²。

戦後の家族規模の縮小に加えて、1960年代に入り病産院出産へと移行したことも育児環境を大きく変え、母親の育児責任は増大するばかりとなった。現代の日本においては、母親となる瞬間を迎える場所が病産院という家庭外の施設となり、日常生活とはかけ離れた環境で新生児を受け入れなければならなくなった³。今日の日本では、出産女性の約99%が病産院出産であり⁴、妊娠の診断から、出産、そして産後にいたるまで病産院で管理される。妊娠期間中定期的に健康診査を受けるために平均12～13回にわたり病産院を訪れる。分娩期が訪れると各病産院に出向き、出産となる。出産後は、約1週間程度入院し、この期間に母親たちは、産後の身体の養生をおこないつつ、育児の基本を習得することが多い。自宅近くの病産院を選択した母親達も地域住民との人間関係では希薄であり、退院後の家庭においては、子育ての支援者を欠くことが多い。こうした家庭環境の中では、母親は社会的に孤立した状態に置かれてしまう。この中で支援の担い手としては、母親となる女性が一番頼りにしている実母がサポートするケースが多く、親族以外の他者が育児支援を担うケースは少ない^{5,6}。このような状況下で、家族機能の低下を受けて、家族・

親族内の自助支援の限界や脆弱化が進んでいる。

出産場所が自宅から病産院へ変化したのに伴って、助産師たちも地域から病産院へと移動した。出生数は減少したものの、高度化する日本の医療状況への対応により医療現場の助産師は法的人数では業務を処理し切れず、終日終夜にわたり母親に寄り添うことはなかなか難しい。また、助産師就業者数の推移をみると、2008年現在で25,000人余りであり、ここ25年ほど助産師就業者数は、ほとんど増加していない⁷。早急に助産師が増員されることは難しく、増員されてもこの問題の早急な解決には至らない。すなわち、医療技術は日々進歩し、今後もさらに高度な周産期ケアが助産師にもさらに要求されるからである⁸。このような現状を踏まえて、医師や助産師といった医療従事者以外の子育て支援ネットワーク、つまり、社会福祉従事者との連携が必要とされるだろう。

1. 少子化対策からみる子育て支援の現状と課題

わが国の出生数の低下が進み、1989年には合計特殊出生率が1.57まで下がったことによる「1.57ショック」を受けて、日本政府は、本格的な少子化対策をスタートさせた。少子化社会がもたらす高齢社会や労働力低下に対する危機感から、相次ぐ子育て支援策を打ち出してきたのである。1994年には「エンゼルプラン」と「緊急保育対策等5か年事業」、1999年には「少子化対策推進基本方針」「新エンゼルプラン」を策定した。その後も2001年「待機児ゼロ作戦」、2002年には、「少子化対策プラスワン」を打ち出すに至った。これは、保育を中心とした仕事と子育ての両立が中心であったが、社会全体が子育て支援に取り組むことが謳われていた。しかしながら、社会で取り組む子育て支援策にもかかわらず、2003年の合計特殊出生率は1.29にまで低下し、歯止めがかからぬまま、同年には新たな施策「次世代育成支援対策推進法」と議員立法に基づき、2004年「少子化社会対策基本法」を制定し、さらに5年計画としての「少子化社会対策大綱に基づく具体的実施計画（子ども・子育て応援プラン）」を決定した。この計画は2005年から2009年までの5年間で、国が地方公共団体、企業等とともに行動計画の策定・実施対策について計画的に取り組むことで、子育ての社会化を進め、子育て中の親の負担感を低減しようとしたのである⁹。しかしながら、2005年にはついに、日本の総人口が1899（明治32）年に統計を取り始めて以来、初めて減少に転じた。その時点では、出生数は約106万人、合計特殊出生率は1.26まで減少した。ここに至って政府はついに、今までの少子化対策からの転換を図るべく、2006年に「新しい少子化対策」を策定した。この施策の中心は、社会全体の意識改革と子どもと家族を大切にする観点を重視したものであった。

さながら一連の少子化対策は、子どもを産み育てる当事者である女性の立場に沿ったものとはいえず、妊娠期から抱き続ける不安や孤独の解消には結びついていないと思われる。母親たちが置かれている現実を見ると、妊娠・出産・育児の困難さを周囲が認知せず、相談する相手もおらず、支援の手が差し伸べられない孤独な育児環境の中で不安を増大させていることが指摘されて

いる¹⁰。加えて、政府が打ち出してきた一連の対策は出生数の増加が主要な目的となっているため、「産み育てという日常的な営みそのもの」に対する支援への対応に乏しいといえる。

これまでで、日本の出生率が低下の一途をたどり、これまでの一連の子育て支援策が効果を上げてこなかったのは、様々な要因が考えられるが、その中でも「新たな生命が生まれ育つという、生命の営みに沿った継続的な支援の不在」が浮かび上がってくる。高度に専門化した近代医学の中で営まれる出産前後の治療や対応は、母子の生命を守ることを優先するあまり、母親の切ない思いを汲み取ることなく、妊娠中は医療施設の産科、産後は母と児の管理は産科と小児科に分かれ、母親に寄り添った一貫した支援はなされていない。そして、病産院を退院して、支援のないまま、母子は新たな家庭生活を送るのである。

以上の事実を踏まえて、筆者は、子育て支援ではなく、「産み育て支援システムの構築」を提唱してきた¹¹。

2. 妊娠から始まる支援の現状と課題

妊娠期からの対象者の把握は、妊娠の診断と届出に始まることが多い。母子健康手帳¹⁾(以下手帳)は、日本で開始された妊娠から出産、育児の記録帳である。手帳の交付場所は、保健センターや役所、役場、その他の出張所である。手帳の交付から、行政による母子保健サービスが始まる。交付時には、手帳の使用方法や妊婦健康診査(以下妊婦健診)に関する公費負担制度の説明²⁾をはじめ、妊娠・育児等に関する情報提供としてそれに関するパンフレットやリーフレットや必要時には福祉サービスの支援が提供される。母親が自身で、妊娠の届出を行い、母子健康手帳の交付とともにその使用方法や妊婦健診に関する説明などを受けるのである。手帳交付時の対象への対応は行政窓口にて、小規模の自治体では保健師や助産師などによる対応もみられるが、事務職員によって行われているところがほとんどである¹²。

妊娠の確定後は、妊婦健康を医療機関である病産院で定期的に受ける。妊婦健診は、医師が中心となり助産師、看護師が携わり、スクリーニングを主体とした外来診察を行なっているところがほとんどである。妊娠中の母体や胎児の異常を検出し、適切な管理や治療に結びつけることが大きな目的である。身体的健康スクリーニングとしてのメディカルケアが優先し、メンタルケアやソーシャルケアへの保健指導には至っていない。要するに妊婦健診では、身体的健康評価には至っても、日々母親達が感ずる悩みや不安を相談したり、解決に至る場所や時間がほとんどないのが現状である。助産師外来や妊産婦相談を実施している病産院もあるが、実施は多くはない。妊娠中に心身の異常が見られた場合は、母子保健法に基づく妊産婦訪問事業³⁾があるが、これは全員に実施されているわけではない。

分娩期になると、今まで健診を受けていた病産院にて出産に至る(里帰り出産はこの限りではない)。そこで、母子とも数日間の入院生活をおくる。その後、健康に問題がなければ母子とも退院し帰宅する。入院中の数日間で、産後の母体へのセルフケアおよび育児方法の習得などが進

んでいく。病産院を退院したのちの母子は、出産1か月後に母子の健診に訪れる。さらに新生児期⁴⁾には、母子保健法上の事業として「新生児訪問事業」⁵⁾があるが、その訪問対象は、全例訪問ではなく、対象を「第一子」、「ハイリスク児」、「母親の育児不安が大きいと予測される新生児」、「希望者」など訪問家庭を限定¹³⁾している行政もあり、実施状況は市町村で異なっている。「新生児訪問事業」は、保健師、助産師、看護師等、専門職が支援訪問者となっている。

2004（平成16）年より開始された、母親への養育に関する指導、助言等をおこない適切な教育環境を確保することを目的とした「育児支援家庭訪問事業」が、2007（平成19）年からすべての乳幼児のいる家庭を訪問する「乳児家庭全戸訪問事業」⁶⁾として実施されることとなった。これは、実施主体である市町村が、支援を必要とする家庭を早期に把握し、適切な支援を提供する体制をとるためである。2008（平成20）年の児童福祉法改正にともない子育て支援の強化や充実を図ることを目的に児童福祉法上の事業として、2009（平成21）年4月より、「乳児全戸訪問事業」、「養育支援訪問事業」と位置づけられた。この事業には、市町村における努力義務が課せられている。厚生労働省は、2009（平成21）年3月にガイドラインを公表し、その内容には、市町村の児童福祉担当部署と母子保健担当部署の連携で行うこと、支援訪問者は職種を問わず保育士や母子推進委員、児童委員など子育て経験者から幅広く人材を発掘し、登用することを示している。支援の必要が高いと見込まれている家庭には、専門職（保健師、助産師等）が訪問するよう求めている¹⁴⁾。

これらの支援に関する課題としての、母子の心身のリスクの発見は早期であればあるほど良いと考えられる。妊娠届の受理や手帳の交付の際に、母親の表情を読み取ったり、病産院での妊婦健診受診状況から、母親の持っている不安や問題の把握をする機会にはなろう。しかし、妊娠の届出が遅れたり¹⁵⁾、病産院を受診しなければその状況を知ることは難しくなる。さらに産後の「新生児訪問事業」は、専門職が関わるが、自ら訪問を希望する母親や何かしらの不安を抱えている家庭への訪問が主となっているため、全戸訪問に至っていない現状にある。本来すべての母子を対象として提供されているものが、なかなか母親たちのところに届かず、その結果リスクを抱えている一部の母子を対象とするだけの支援事業として転換しているのである。このような状況下で「乳児家庭全戸訪問事業」につなげたとしても、母親たちが抱えている困難への対応や問題の早期把握には至らないであろう。

妊娠期から出産、産後早期育児期にかけての支援をみると、支援の主体が行政であったり病産院であったりと、さらに支援者もさまざまである。妊娠から出産、そして早期育児期の子育て支援現状をみると、妊娠期から継続した支援者に一貫して支援を受けられない構造になっている。「健やか親子21」では、妊娠早期に手帳の交付をすすめているところであるが⁷⁾、妊娠の診断から手帳受領時期にも、個人差が生じている。妊娠中に開催される母親学級や両親学級にも、全員が参加しているわけではない。出産後は専門職が常時いる環境で支援を受け生活する母親であるが、病産院退院後には母子との生活になる。出産後、病産院退院後から数か月、特に市町村でおこなわれている定期乳児健診までは、支援の空白期となっているのである（図1）。この時期は、

しかしながら、退院後は、今まで接していた医師や助産師など専門職と顔を合わす機会もなく、相談相手も小児科なのか産科なのか母親には分からない。母親達が産後1か月健診で質問する多くの育児内容は、ミルクの与え方や哺乳時間、入浴、および室温や外出といった生活場面での相談ごとである¹⁷⁾。母子の健康リスクと子育て支援の必要性を見ながら、専門職の支援が必要か、あるいは、専門職以外の支援者でよいのかの見極めは重要となろう。

妊娠判明

妊娠期

入院
出産

退院後数カ月は
支援の空白期

育児期

3. 育児当事者調査からの産み育て女性たちの深刻な問題

– 91 –

1) 倫理的配慮

本研究の倫理上の配慮については、得られたデータを、厳重に保管すること、研究終了後は安全に破棄することへの同意も得た。学術研究として公表に当たる際には、調査協力者個人が特定されないことを約束し、了承を得た。

2) 研究方法

妊娠から出産、子育てを経験した女性35名を対象とし、産み育て期の様子を聞き取り、女性たちの主観的体験から語られた内容から、必要と思われる支援について検討をおこなった。インタビュー調査は、2006年11月から2007年5月にかけておこない、産み育て中の意識と支援について、対面聞き取り形式のインタビューとした。その方法は、半構造的面接調査であるが、対象の女性たちには、「妊娠、出産そして育児期を通しての思いと支援者について」自由に語れるようにした。妊娠や出産、その後の育児について、支援者とのかかわりを中心に聞いた。インタビュー予定時間は、30分程度とした。時間には余裕をもち、参加者には、主題以外の会話もおこない、快いラポール形成につとめた。インタビューの内容は、ICレコーダーに記録した。その内容は、逐語録にした上で、支援者について語られている内容を抽出し、意味を成す最小の記録単位とし、各記録単位を意味内容の類似性に従い分類を進め、コード化の作成をおこない、各カテゴリーに分類した。分析の妥当性を確保するために、大学教員2名、院生3名、20年以上の母子に関する社会福祉経験者1名のスーパーバイズを受けた。

3) 研究結果

① 対象者属性結果

参加者の年齢は、25歳から71歳であり、平均年齢は、44.6歳であった。平均面接時間は、42分であり最短23分、最長86分であった。子どもの数は、1人から3人であった。家族形態は、核家

表1 対象者属性

項 目	平 均	内 訳 (n=35)
年 齢	44.6歳	25歳～71歳 20歳代 (11名) 30歳代 (2名) 40歳代 (7名) 50歳代 (11名) 60歳代 (3名) 70歳代 (1名)
平均面接時間	42分	23分～86分
子ども数	1人 (10名) 2人 (17名) 3人 (8名)	
家族形態	核家族 (30名)、大家族 (5名)	
立会出産の有無	あり (11名：夫9名、実母2名)、なし (24名)	
里帰りの有無	あり (18名)、なし (17名)	
主たる支援者 (複数回答)	夫 (27名)、実母 (16名)、親族 (7名)、その他 (1名)	
出産場所	医療施設出産 (35名)	

族者が30名、大家族者5名であった。出産時立ち会いは、11名が「経験あり」と回答し、うち9名は夫の立ち会いであった。出産前後を含めた里帰りは、18名が行っていた。子育て期の主たる支援者として、27名が夫をあげ、実母（16名）、親族（7名）と続き、非親族や友人などを挙げたものは1名であった。参加者の35名全員は、医療施設での出産であった（表1）。

② 子育て期の母親への支援構造の分析

母親たちからの語り結果から得られた逐語録からカテゴリーを作成した。その結果、子育て期の支援構造は、【母親自身に関する支援】、【夫からの支援】、【実母からの支援】、【実母以外の家族や親族からの支援】、【友人や近所からの支援】、【専門職からの支援】という6つの支援者カテゴリーに分類できた。特に、母親は夫や実母を頼ろうとしている傾向があるが、夫に対しては、「つわりの苦しさがわかってくれない」、「仕事があるから迷惑はかけたくない」など、夫の妊娠中の妻に対する理解不足や妻を感じる夫自身の就業への気遣いから生じる苦慮状態が特徴的であった。実母に対しては、「今までの関係性（母と娘）から実母にはなかなかいえない」など、頼れない場合への苦慮感を訴えていた。また、専門職からの支援については、特別な一時的なこと（病気や異常時など）への支援体制としてとらえていた。

4) 考 察

こうした結果から、支援を必要とする母親に対し支援を提供するシステムを体系化する必要性が示唆された。従来の家族中心の支援構造では、賄えない子育てニーズがあることが明確になった。すなわち、行政や専門医療機関が主導する援助者主体のシステムは効率性や運営上重要であるが、それに加えて利用者主体の、専門家によらない継続した支援システムの構築が重要であると思われる。

インタビュー当事者たちは、何らかのリスクをもった女性たちとは言えない。しかし、予防的な子育て支援活動としての支援システムの構築には重要な情報であったと考える。

4. 産後数か月の育児支援の課題

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

妊娠期は、定期的な妊婦健康診査を受け、そこで最低限の専門職の支援を受けるのは可能であろう。そして、出産後1週間程度は病産院で母子とも過ごすので母親は安心できる。しかし、病産院から自宅に戻った後の不安要因が顕著だった。慣れない新生児の扱いと育児に束縛された生活への不安を強く示していた。原田は、「産後1週間から1カ月の間が、母親の不安が一番高い」とし、病産院退院から1カ月健診までの育児不安を強調している¹⁸。

退院後の支援システムをみると、病産院による母体と新生児の1か月健診がある。出産した病産院へ行き、母子は健診を受けるのであるが、母親は産科へ、新生児は小児科へと受診窓口は異

なっている。一方、行政サービスとして、市町村からは保健師あるいは助産師が出産後の家庭へと訪問する新生児訪問事業がある。これは、母子保健法では第11条「新生児の訪問指導」¹⁹として位置付けられている。その内容は、「当該乳児が新生児であって、育児上必要があると認められたとき…」という限定付であり、全例に適応されているわけではない。さらに、家族、親族による支援以外の支援は皆無に等しい。

その他、産後の支援では、ファミリーサポートセンターや緊急サポート事業があるが、出生後4、5か月以上経った時期より受け入れをおこなっているところが多い。これは、安全性を考慮して、子どもの首がすわり安定した時期から開始していると予想される。

また、インタビュー調査から家族の支援状況をみると、大半を占める核家族の場合、夫の仕事を気遣う妻の姿があり、夫の過酷な労働条件のために、夫には支援を依頼できない状況が生まれている。したがって、産後病産院から退院後数か月は、社会的子育ての受け入れが難しくその支援体制は利用できるものはないといってよからう。

この時期の支援として、顔なじみの支援者が母親の元へ支援を届ける方法を考慮する必要がある。幼子を抱えた母親の外出は難しく、身近な生活の場という家庭に、専門職や母子保健推進員などの家庭訪問者が効果的にアウトリーチ訪問できる手法が必要と考える。

② 出産退院後早期の生活からみる支援のあり方

上述のように、出産後、病産院でおこなわれている1か月健診や母子保健事業として市町村で行われている「新生児訪問事業」以外に、産後1か月の間に利用できる育児支援はない。市町村が行っている「新生児訪問事業」も、大きな問題がない限り、早めの訪問は少なく、訪問実施状況も各市町村で格差がみられる²⁰。虐待防止法から発生した「こんにちは赤ちゃん事業」としての「全戸訪問事業」も訪問も全戸には至っていない²¹。さらに、その期間は生後4か月以内となっているので、1か月以内の訪問は少ないといってよからう。自助グループや委託事業で行われているサポートセンター事業も、生後4～5か月がたってからのものである。しかしながら、インタビュー調査結果では、退院早期の支援方法として、母親達は訪問支援を望んでいた。幼子を抱えての外出が困難であり、母親自身の体も十分に回復していないことなどからそのニーズは高いと考えられる。

家族からの支援の在り方も、夫の労働状況による支援困難が顕著で、夫に育児支援を頼める状況に無い。また、日本独自の里帰り出産以外にも、母親になった娘宅に実母がやってくるという呼び寄せ型出産もあるが、母娘生活習慣の違いなどから生ずる人間関係の葛藤がもたらすストレスを生んでいる状況がある。

出産後間もない新生児を抱えて母親が不安の解決策を求めて外出することは、多くのストレスが伴うので、家庭内での対応が求められよう。この時期の支援として家庭訪問「アウトリーチ」による支援方法が考えられよう。北米では、ドゥーラ（出産時の母親のそばに寄り添うトレーニングを受けた女性）の存在がアウトリーチ・ワーカーとして役割を担っている²²。ドゥーラの抱

点は、医療施設であったりコミュニティ・センターであったりする。しかし、訪問のみの支援が長期にわたると、対象者の依存性をたかめる危険性も指摘されている。したがって、母親の外出が難しい産後間もない新生児期のアウトリーチ支援は、次の支援拠点へつなぐ一時的支援の役目も兼ねる必要があろう。地域のアウトリーチ・ワーカーだからこそ、次の支援拠点であるセルフ・ヘルプ・グループの活動場所への誘導やピアグループへの参加という継続性をもった支援につながると考える。

③ 妊娠期から育児期の一貫した支援者の不在

妊娠期は、医療施設の外来部門で診察を受ける。しかし、出産時は、妊娠中に関わった専門職がそのまま支援者になるわけではなく、産後も同じ支援者がケアを担うシステムにはなっていない。母親と子どもの心身の健康に関する専門家が、妊娠期から出産後まで継続的に関わることのできるシステムは様々な理由から存在していない。母親達にとっては、何か異常があったときの支援者だけでなく、身近な生活に密着した支援者の存在が必要であらう。

例えば、助産師は母親と子どもの心身の健康を管理し、妊娠、出産、産後から育児期を通して継続的な支援者となり得る職種である。産み育てという日常生活そのものとして見ていくためには、助産師は見守り役として、時には専門的な助言相談者となり、母子の健康を支援する役割を専門職として担うのである。妊婦健診から出産、産後入院期間をとおり、母子の心身の健康をみていくなかで、寄り添い傾聴し必要な情報を提供し、その後の生活ニーズの把握を行い、次の生活環境への支援者へつなげていく役割がある。

妊婦健診から出産、産後の入院が病産院で展開していることを考えると、医療専門職者だけではなく、福祉の資質を備えた医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）がその役割を担えと考える。MSWは、その業務として経済的な問題の調整や解決支援だけではなく、療養中の心理・社会的問題の解決や調整への援助、退院援助、受診援助、社会的活動を担う役割とされている²³。病産院のMSWが産み育て支援者として、その役割を担うことにより、支援システムの構築につながると考える。医療専門職以外にも、日常的な支援として、子育て経験者を地域の家庭訪問者としてのアウトリーチ・ワーカーとして育成し、そのワーカーたちと妊娠早期から施設や行政専門職が連携しながら産み育てという一貫した支援をおこなっていく必要があろう。乳幼児期からの支援者としてのアウトリーチ・ワーカーの養成²⁴は進んでいるが、新生児期から早期乳児期のワーカー養成はほとんど見られていない。妊娠早期からかかわることで、支援に必要な人間関係の構築につながると考える。

④ 病産院退院後の母親への支援体制の課題

母子保健活動の目的は、妊娠、出産、産褥や育児期にある母子の健康の保持・増進である。母子保健施策は、結婚前から妊娠、出産、乳幼児期を一貫した体系のもとサービスが提供されなければならない。しかし、上述のように、母親の出産後数日の入院期間を経てから母子の1か月健

診までは、支援の空白状態といってよからう。母親は、子どもをつれて自由に出かけることもできず、さらにフォーマルな訪問サービスもない。調査結果より、「そのような訪問があればぜひ来てほしかった」「特別な人のところの訪問と思っていた」「保健師か助産師かわからないが、来てもらって診てもらって、本当に安心した」との回答が、新生児期の訪問ニーズを物語っている。

母親の外出がままならない時期の支援として、訪問を中心としたアウトリーチ支援が必要である。核家族、さらには里帰りをしていても母親の実母が就労している状況も多々あり、日中は産後間もない母子が二人きりで過ごすこともある。孤独な子育て環境は、退院後すでに始まっている現象なのである。さらに、調査結果では、里帰り出産の場合、「妊娠期から近所の方との交流もなく、誰も知っている人がいなかった」や「出産と住む場所が違うということの困難さ」などを訴えていた。

これは、子育て不安からくる訪問支援への欲求であったが、「育児に疲れて途方にくれているとき、食事の差し入れがあった」「買い物を代行してくれた」など、家事援助の支援の必要性も語っていた。さらには、話し相手を求める思いもあり、「子どもは何も応えてくれない、話をする人がいず、鬱っぽく、引きこもっていた」「誰かに話を聞いて欲しい」「大人の会話がしたかった」という結果もあった。

以上のことから、産後退院間もない母子への産み育て支援として、訪問支援は重要な意味があると考ええる。市町村からの新生児訪事業以外にも、各病産院からの訪問派遣事業、インフォーマル事業としての地域活動事業が望まれる。訪問支援者は、専門職以外にもファミリーサポートセンターなどの講習を終了した子育て支援者も適任ではなかろうか。子育て支援者となるワーカーを養成しうる講習会のあり方も構築していく必要があろう。

リスクを抱えている母子には、専門職がアウトリーチ・ワーカーとしてかかわっていくのは当然のことであるが、予防的アプローチとして地域で専門的な養成講座を受けたワーカーや MSW たちの活動が日常的な支援者として必要である。

以上の問題に関連させると、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、日常生活場面で継続的に対応できる MSW を中心にしたシステムこそ、産み育て支援であると考ええる。

おわりに

政府が相次いで打ち出してきた子育て支援策は、少子化対策から策定されてきたが、これまで効果を上げられずに、産み育て期の母親を支援するものとは言えない。そうした本質的な問題を踏まえ、本論では産み育て当事者の女性たちのインタビュー調査から得られた支援ニーズに基づき、真に効果を挙げられる、妊娠期から一貫した産み育て支援システムを提言した。このシステムは、母親たちに寄り添った支援なのである。

社会の変化に伴い、母親たちが相談者もいず、孤立する現状から問題が生じている。以前と比

べ、本能的に子育てができる能力を持ちえているわけでもなく、そこへの寄り添い人がいないのである。ポイント的に接する専門職はいても、それが生活に密着したものであるといいがたい。生活に密着した支援とは、妊娠期から顔なじみの人間が傍に寄り添っていることなのである。その典型は助産院であろう。しかし、日本の出産現状は、その多くが病産院で、産み育てを行わなければならない。いかに、継続的に顔なじみの支援者が存在し、気軽に産み育ての相談が出来る環境が産み育て当事者が願う支援なのである。

産み育ては、これからも脈々と続いていくものである。女性の健康と生まれてくる子どもたちの健康を願い、より健康に互いが過ごせるものでなくてはならない。当事者である母親のニーズに沿った支援システムである、MSW や地域で専門的な養成講座を受けたアウトリーチ・ワーカーによる、継続的かつ生活に密着した支援体制を提唱する次第である。

【注】

- 1) 1942（昭和17）年に「妊産婦手帳」としてはじまり、1947（昭和22）年の児童福祉法の成立に伴い「母子健康手帳」へ、1965（昭和40）年母子保健法の成立から「母子健康手帳」と名称変更され、その後幾度となく改訂が加えられてきた。
- 2) 1965（昭和40）年の母子保健法から妊婦の身体的健康管理が体系化（血液検査の実施など）された。そのため、妊婦健康診査にかかる各自の経済的な自己負担の軽減の目的から、診察費の一部公費負担が開始された。1969（昭和44）年より医療機関に委託して行う妊婦健康診査および乳幼児健康診査事業として、妊婦一人につき2回以内の公費妊婦健診が実施された。2007（平成19）年には、妊婦健診公費負担に関する国からの通知にて、公費負担は14回程度行われるのが望ましいとされ、各行政区で実施されている。
- 3) 母子保健法第13条妊産婦訪問「第13条の規程による健康診査をおこなった市町村は、その結果に基づき、該当妊産婦の健康状態に応じ、保健指導を要するものについては、医師、助産師、保健師又はその他の職員をして、その妊産婦を訪問させて必要な指導を行わせ、妊娠又は出産に支障を及ぼす恐れがある疾病にかかっている疑いのある者については、医師又は歯科医師の診察を受けることを勧奨するものとする。」と記されている。
- 4) 「新生児期」とは、生後28日間をいい、うち生後7日までを早期新生児期という。
- 5) 母子保健法第11条新生児訪問「市町村長は、前条の場合において、該当乳児が新生児であって、育児上必要があると認めるときは、医師、保健師、助産師またはその他の職印をして当該新生児の保護者を訪問させ、必要な指導を行わせるものとする。ただし、当該新生児につき、第19条の規程による訪問（未熟児訪問指導）が行われるときは、この限りではない。」
- 6) 「こんにちは赤ちゃん事業」ともいい、事業費の半分を国が負担するが実施する市町村側には実施義務はなく（努力義務）、取組の状況も差が出ている現状がある全国平均では、平成19年度58.5%、平成20年度72.2%で、最高は石川県100%、最低は和歌山県、宮崎県の33.3%であった。右田周平（2009）「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業について）」、

助産師, 63 (3), 34-38.

- 7) 「健やかおやこ21」では、妊娠11週までに母子健康手帳の交付を受けることを目標としている。
- 8) 「妊娠の届出」「新生児訪問指導」「乳児健康診査」の割合は、『滋賀の母子保健』(2009) 滋賀県健康福祉部健康推進課。「乳児家庭全戸訪問」の割合は前掲注6), 平成20年度「生後4か月までの全戸訪問事業」都道府県別実施状況。

【引用文献】

- 1 古川洋子 (2008) 「日本における産み育て支援システムの構築」人間看護学研究, 6, 71-76.
- 2 前掲 1)
- 3 前掲 1)
- 4 母子衛生研究会 (編) (2008) 「出生場所別出生数及び割合」母子保健の主なる統計, 47.
- 5 星敦士 (2007) 「サポートネットワークが出生行動と意識に与える影響」人間問題研究, 12, 14-27.
- 6 松田茂樹 (2002) 「育児ネットワークの構造とサポート力：〈密度カーブ効果〉の再検証」家族研究年報, 27, 37-48.
- 7 日本看護協会出版会 (編) (2009) 平成21年「助産師就業者数」『看護関係統計資料集』, 14.
- 8 古川洋子他 (2009) 「滋賀県における助産師確・定着のための勤務助産師ニーズに関する実態調査」滋賀母性衛生学会誌, 9, 27-36.
- 9 内閣府 (編) (2009) 平成21年度版『少子化社会白書』, 28-34.
- 10 服部祥子、原田正文 (1991) 『乳幼児の心身発達と環境：大阪レポートと精神医学的視点』名古屋大学出版会
- 11 前掲 1)
- 12 中村敬他 (2006) 「乳幼児健診システムの全国調査―地域における乳児期早期の子ども家庭全数把握の方策について―」平成17年度厚生労働省科学研究補助金 子ども家庭研究総合研究事業報告書
- 13 前掲12)
- 14 右田周平 (2009) 「乳児家庭全戸訪問事業 (こんにちは赤ちゃん事業について)」, 助産師, 63 (3), 34-38.
- 15 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate12/03.html> (2009.12.20閲覧)
- 16 前掲10)
- 17 横田俊一郎 (1992) 「健診で受ける相談への対応のポイント」小児内科, 24, 667-676.
- 18 原田正文 (2006) 「変わる親子、変わる子育て―「大阪レポート」から23年後の子育て実態調査「兵庫レポート」が示すもの」『子育ての変貌と次世代育成支援』名古屋大学出版会, 67-251.
- 19 看護行政研究会 (編) (2009) 『看護六法平成20年度版』, 新日本法規
- 20 滋賀県健康福祉部健康推進課 (2009) 『滋賀の母子保健』
- 21 前掲14)

- 22 岸利江子（2007）「ドゥーラサポートについて考える」，助産雑誌，61（2），148-153.
- 23 笹岡真弓（2007）「医療ソーシャルワーク」『エンサイクロペディア社会福祉学』702-703.
- 24 独立行政法人国立女性教育会館（2008）「子育て支援におけるアウトリーチの取り組み—地域の人材を生かして支援を届けるしくみづくり—」