

特集：子育てのジェンダー平等を問い直す
——子ども・子育て支援の多様性の視点から

助産・医療における子育て支援： 子育て支援はいかに変化するべきか？

——助産師としての取り組みから

安 積 陽 子

本稿では助産師である筆者が関わってきた子育て支援の実際について具体例を紹介し、今後の展望について述べる。近年、女性のライフコースが多様化し、出産年齢も分散化の傾向にある。したがって、子育て支援においては、ライフステージ特有に生じてくるニーズを考慮する必要がある。さらに、医療技術の進歩に伴い、出産様式も多様化している。そのため、産み育てる女性自身がリプロダクティブライツを行使し、自らに必要な子産み、子育て支援が受けられるように助産師のケアは Women-centered care にシフトしている。一方で、親になることは社会的文脈によって発達する能力であるため、親になる過程への支援は、個人のライフステージに即して、Gender equality の視点をもった取り組みの充実が求められる。

キーワード：女性のライフコースの多様化, 子育て支援, 助産師, リプロダクティブライツ,
Women-centered care

はじめに

日本の助産師は、妊婦に必要なケアを行い、自身の責任で分娩介助をし、産後の女性と新生児及び乳児のケアを行う者である。この業務を中核に、地域社会での子育て支援や性成熟期前後のライフステージにある女性の健康支援を行う。さらに助産ケア実践の基盤となる助産学は、女性の健康、性と生殖に関する健康（リプロダクティブヘルス）を扱い、助産ケアを支える根拠や理論を提示し、ケアの効果検証に責任をもつ。本稿では、女性が母親になる過程に着目し、助産師が携わる子育て支援の実際について筆者が関わってきた具体例を紹介し、今後の展望について述べる。

1. 女性が母親になる過程

1-1. 母親役割獲得過程

親の役割は赤ん坊の要求を読み取りその要求に応えることである（馬場1990）。この能力は、大日向（1988）が指摘するように、性別によらず社会的文脈によって発達する。しかし、妊娠から子育てにおける身体的体験は男女において決定的に異なるため、親であることの在り様やその表出様式は男女によって異なる部分があると考えられる。ここでは、子育て支援の基盤となる母親役割獲得過程について説明する。Rubin（1984）は、母親になることを、女性がそれまでの自己概念に新たな母親役割を取り込み、自己概念を再構築し母性性（maternal identity）を獲得することと定義している。母性性の獲得は、妊娠から始まり、妊婦はその先に起こるであろう身体を通して経験することを想像し、自己像と将来の母親である自分を調和させることであると述べられており、このプロセスは、空想、模倣、脱分化という認知的な作業によって進む¹⁾。また、Mercer（1981）は、出産後の母親役割の獲得は実際のわが子との相互作用をもとに進むが、3～10か月を要すると述べている²⁾。個人のもつ身体的、心理的、社会的要因が交錯し母親役割獲得過程に影響を与えるため、母親役割獲得過程は一様ではない。このことが、子育て支援において、母親になる女性を支援する一つの理論的根拠となる。

1-2. 母親役割獲得過程を促進させる母子相互作用

母親役割獲得における重要な促進因子に、母子相互作用がある³⁾。特に、妊娠期から出産後早期は母子相互作用のための最適な環境作りが重要である。ここで注目することは、母子相互作用が母子双方に心理的な変化を与えるのみならず、

生理学的なダイナミックな反応を生じさせ、心の絆形成に寄与する点である。これを説明するに最もふさわしい場面が母乳哺育である。新生児が母親の乳頭を吸う、すなわち新生児が母親に吸啜刺激を与えると、その感覚刺激は乳頭から脊髓を通して母親の脳に達し、脳下垂体を刺激して脳下垂体前葉からはプロラクチン、脳下垂体後葉からはオキシトシンが分泌される。このような内分泌的反応が、心の絆形成に寄与している。特に、オキシトシンによる母性行動の研究から、オキシトシンの分泌に関わる遺伝子を破壊した雌マウスでは、仔マウスに対して明らかに授乳行動や接触が悪く仔マウスは死に至ると報告されている（モベリ 2014）。授乳中の母親は恍惚感を感じ、わが子が可愛いと思う気持ちが高まると語ることが多いが、このような親が示す子どもへの肯定的な反応はオキシトシンの作用が関与していると考えられている。

母乳哺育を通した母子相互作用には、新生児の感染予防、母親の産後の出血予防、産後の排卵時期の遅延など、母子の健康を互いに高める効果があることが認められている⁴⁾。母子相互作用の多様な恩恵が重要視され、近年、出生直後から裸のままの新生児を母親の素肌に密着させる子育て（早期母子接触・カンガルーケア・カンガルーマザーケア）が定着してきた。医療水準が高いレベルにある日本でも、母子保健統計上周産期に関わる死亡率は0ではない⁵⁾。母子相互作用を活用した助産ケアは、女性が母親になる過程を支援するケアであるが、同時に母子の生きる力（双方の身体能力）を最大限に発揮させ互いの作用によって健康を維持することを重視している。性の特徴を熟知し、備えている能力が発揮できるような支援の基盤には、母子相互作用や母乳育児におけるホルモン動態、母乳の成分の変化などのような科学的エビデンスが必要である。同様に、男性が子産み、子育てに参画することの意味は、エビデンスの裏づけが不足しているように思われる。性差を考慮した研究を進め、子産み、子育ての支援へ反映することは、ある意味では今まで無視されてきた性差を周産期医療、子育て支援、助産ケアに取り入れる改革につながると考えられる。

2. 女性のライフコースの多様性

2-1. 女性の生き方の変化に伴う親となる人の特徴

近年、女性の高学歴化、社会進出に伴う晩婚化および晩産化が指摘されている。さらに、出産年齢が分散化している。1965年には、全出生における新生児の75%は20代の母親から生まれていたが、2005年には、その割合は44%まで下降し、52.5%は30代、16.3%は40代の母親から生まれている（総務省統計局 2015）。したがって、子育て支援においては、ライフステージ特有に生じてくるニーズを

考慮する必要がある。例えば、若年妊娠の場合は、身体的に未熟であるために妊娠や分娩経過が異常に傾きやすい。さらに、学業の途中にあり、未婚のケースも多く、パートナーや家族からの支援が得られにくいことが多い。晩産化の原因の一つとしてあげられる不妊治療後の妊娠では、妊娠に至るまでの不妊治療の経過が女性の心身に影響し、母親役割獲得過程の阻害因子となる場合がある。さらに、不妊治療後の妊娠には多胎妊娠が多く、低出生体重児の出生が多い（厚生労働省 2010）。出生前診断により、早産や胎児の異常が指摘された場合は、母親らしさの獲得のための空想や模倣が中断されてしまう。

また、社会問題としてとりあげられる少子化は、次世代が親になる過程において親役割獲得の阻害因子となる。全体的に子どもが少なくなり、核家族の増加、女性の社会進出が進むにつれ、同胞や親戚など血縁関係はもとより近隣地域での家族間の交流が希薄化し、幼い子どもたちと接する機会が減少している。さらに、大人が子どもに接する姿自体見聞する経験も減少している。これから母親になる女性には、母親らしさ獲得における空想や模倣のための身近な母親モデルが少なくなっている。また、産後は、孤立した環境で子育てせざるを得ず、育児に対する不安や困難を感じている女性は少なくない。そのため、性成熟期以前の親準備性を高めるために、若者が赤ちゃんと接する機会や親子の交流を見聞できる場の設定、妊娠期の母親らしさの獲得への積極的支援、産後に起こる孤立した育児という環境要因の改善が必要である。

女性の生き方の変化に伴い、母親になる時の生活や家庭状況は、仕事との両立型・未婚型と多様化している。さらに、核家族化、出産年齢の高齢化に伴い、産後は身内の育児支援者が十分でないケースが増えている。夫婦／カップルともに仕事と子育てを両立しなければならず、男女ともに負担の増大が懸念されている。こうした理由で、2013年から産後ケア事業が開始となった。これは、病産院退院後、育児に自信が持てるようになるまで、助産院などに滞在し育児支援を受けることができるシステムであり、今後さらに普及すると考えられる。しかし、共働き世帯が利用できる保育施設、子育て支援プログラムの充実はいまだ十分ではない。

また、平成 23 年度全国母子世帯等調査によると、一人親世帯は増加傾向にある。平均年間収入は、父子家庭 380 万円、母子家庭 223 万円である（厚生労働省 2013）。現在、妊婦健診未受診の原因の一つに医療費の支払いという経済的問題が指摘されている。一人親家族に対する経済的基盤への援助の強化、就業支援とそれに伴う子育てや生活支援、法整備が求められる。さらに、今年 2 月に東京都渋谷区で、同性カップルに証明書を発行することが盛り込まれた条例が成立した（渋谷区 2015）。今後は同性カップルが生殖補助医療を利用して子どもを育てる

という家族形態も増えることが予測される。

2-2. 分娩方法の多様性

妊娠や分娩の異常に対する医学的介入方法が発達し、日本の周産期医療のレベルは世界的にみても高い。しかし、医学的介入方法の導入によって、医学的適応事例のみならず社会的適応という概念を用いて正常経過に対する医学的介入を実施することができるようになった（津村他 2009）。一方、女性自身も、医学的適応に該当しなくても、手術的な操作によって分娩する帝王切開、出産する日を限定するための分娩誘発、陣痛の痛みをコントロールする無痛分娩など、医療介入を必要とする分娩方法を選択することが可能になった。また、自然分娩では、アクティブバース、フリースタイル分娩、家族の立会い分娩などの選択肢がある。したがって、女性は様々な分娩方法について情報を集め、病産院を選択したり、望む出産のイメージをもち、その現実可能性について医療者と話し合いながら、分娩方法を選択することが可能である。

ところで、表1は、自然出産と母乳育児を考える「ぶどうの会」を主催する千田満佐子さんの四回の出産経験の語りである（千田 2008）。この語りから、周りから十分なサポートを受けながら主体的に出産したことによる女性の心の変化がよくわかる。同時に、安全重視の医療中心に進められる分娩管理のあり方に対する疑問が投げかけられている。

良い出産経験は、分娩に対する満足度や達成感、児との絆や精神的な健康に影響を及ぼすことが報告されている（三砂他 2005, Bramadat et al. 1993, Waldenstrom 1998）。これらの研究では、良い出産体験とは出産時に自己の身体を自由にコントロールできることや、意志決定に参加できたかどうかといった事柄と捉えられている。また、出産という行為に没頭した女性は、人間の本能の凄さや、自分にもその力が備わっていたことへの気づき、女性としての喜びを感じ自己肯定感を高めている。

一方、先進国でマタニティブルーや産後うつ発症率が問題として取り上げられている。これは、一部の文化人類学者が日本でもあてはまることを指摘している（松岡他 2010）。さらに、分娩を契機に外傷後ストレス症候群（PTSD）が発症し、産後1か月以降のPTSDの発症率は2～20%の範囲であると報告された（Rydinget et al. 1997, Wijma et al. 1997, Ryding et al. 2000, Ballard et al. 1995）。分娩が外傷的な体験になる要因は、点滴や分娩台の利用に伴う身体拘束、胎児の出生を急ぐために十分な説明がないままに行われる医療介入、医療者による胎児娩出における怒責の誘導（産婦の感覚でいきむことができない状況）などである。また、不用意に産婦を叱咤激励したり、長時間産婦一人の時間にさせて

表 1

私は、病院で三人の子を、助産所で四人目の子を出産した体験から、女性として自然出産と母乳育児を考える「ぶどうの会」を18年間サポートさせていただいた経験から、今お産をする場所が危機的な状況になっていることは横に置いておき、お母さんにとって望ましいと思うことをお話させていただきます。(略)

自分も母のように自然なお産をしたい、母乳を飲ませたいと思っていましたが、フルタイムで働いていましたし、今のようにお産についての情報も多くありませんでしたから、里帰りし、個人の忙しい産院で出産しました。陣痛促進剤も使われ、吸引分娩となりました。もちろん、会陰切開もしました。わが子は青い、難しい顔をして生まれてきました。かわいい、うれしいというより、「ごめんね、ごめんね、よく頑張ったね」と声をかけていました。ぎゅっと抱っこしてあげたかったのですが、すぐどこかに連れて行かれました。

二人目、三人目も懲りずに大学病院で出産し、ひとりぼっちの寂しくつらいお産でした。産むたびに夫に、「もう絶対産まへんからね」と言っていました。ところが、三男が4歳になったころ、職場で自分のお産がどんなに楽しく、幸せだったかを語っている友人がいました。私は思わず、「私もそこで産む」と言っていました。お産は痛い、つらいと思っていた私は、「うそ」と思い、女なら一遍はそんなお産をしてみたいと直感で思ったのです。(略)

いよいよ出てくるとき四人目にして初めて「降りてきた、今、出てくる」というのがわかりました。頭が出てくるときは痛いというよりも「熱い!」と叫んでいました。赤ちゃんが自分で生まれようとするまで待って、待って、自然に生まれてきたのです。女の子だと思っていた赤ちゃんは、子どもたちの「おちんちん、ついてる」との声で、男の子だと知らされました。医師や助産師さんから聞くのではなく、家族に教えてもらったのです。本当に光に包まれたような、うれしい、うれしい瞬間でした。これがお産だと思いました。(略) すぐにだっ子させてもらったわが子は、かわいらしくて仕方ありませんでした。(略)

医学の進歩によってかつて助からなかったいのちが助けられていることは確かです。でも、逆子だから、双子だから、骨盤が小さいなどの理由で、安全のためにすぐに帝王切開をして取り上げる、それでいいのでしょうか。お母さんから無事に赤ちゃんを出せば、それでいいのでしょうか。」(略)

私も、四人目の子が自分の力で生まれてきたのを体感し、子どもは生まれてくるとき、既に自分で決める力があるのだと知りました。それまで、上の子たちのことは、自分が何かをしてあげなければ、何もできないと思って、心配ばかりしていましたが、全く変わりました。小さくても、子どもの人生を任せるようになったのです。そして、それまで、私はどちらかという受け身で生きてきたのですが、自分が何をしたいのかが強く出てきたのです。自然に産んだことで、36歳にして自我が出てきたのです。

おくこともあげられる。この場合、元気に新生児が出生しても、女性は自身の分娩経過を把握できず、分娩中に変化する自分の身体に対応し自ら子どもを産んだ

という実感を得ることが難しい。むしろ、自分で子どもを産めなかったという不全感、失敗感など、自己肯定感が損なわれるような体験になる（Bramadat et al 1993, 再掲）。以上のように分娩の経験は、その後の母親役割獲得の促進因子にも阻害因子にもなりうるため、安全重視のみを迫及する医療や助産ケアの在り方は問題として指摘を受けている。

2-3. 出生児の多様性

少子化の時代にあって、過去 30 年間における全出生数に対する低出生体重児の占める割合は上昇傾向にある。この原因としては、周産期医療や新生児医療の進歩、現代女性のやせ志向など、が指摘されている。出生体重 2500 g 未満で生まれる子どもの割合は、昭和 50 年では全出生数の 5.1%であったが、平成 23 年には 9.6%と上昇している（厚生労働省 2010）。また、出生体重 1000g 未満の超低出生体重児における新生児期死亡率の全国平均は低下傾向にあり、すでに 8 割以上の児の生存退院が可能である（日本小児科学会新生児委員会新生児医療調査小委員会 1996）。しかし、低出生体重児は通常早産で出生することが多く、体重が少ないだけでなく、成長発達が未熟な状態で生まれる。さらに、子宮内と異なる環境で治療や養育を長期間受けるため、養育環境は通常出産後一週間で家族に養育される正常正期産児と全く異なる。こうした子ども達の長期予後として懸念されるのが、知能発達、脳性麻痺、身体発育や運動発達の遅れ、発達障害などである（三科 2006）。特に発達障害の発生割合は、10 年前に考えられていたよりも 2～10 倍高いことが明らかとなった（金澤他 2007）。

早産児を出産した母親は、出産体験に対して悲嘆反応を示し、母親役割獲得過程に時間を要する（Zabielski 1994）。想像していたよりもずっと小さく壊れやすいわが子に対面し罪責感を抱き、子どもの生命に対する不安、今後の成長発達に対する不安、元気な子どもを産めなかった失敗感、出産し親になった実感の希薄さ、わが子であるという実感の希薄さ、次の妊娠への不安など、様々な心理的反応を示す。さらに、わが子が家庭に戻り、主たる養育者として子育てが始まると、子どもの泣きの訴えがわからない、本当に大きくなっているかわからない、授乳量がわからないなど育児に対する不安が高い（安積 2003）。早産児が施設を退院した後は、子どもの発達をフォローアップするだけでなく、養育者が抱く育児への困難感や精神的健康度に配慮した継続支援が重要になる。

3. 子育て支援の多様化と Women-centered care の実践

3-1. Women-centered care の実践

妊娠期からのひとときは、劇的な身体の変化を受容し、母親という新たなアイデンティティを自己に取り込み、自己概念を再構築させる時期である。この時期に、周囲からのサポートを十分に受け、大切にされているという実感を持つことは、たとえ母親役割獲得過程における阻害因子があったとしても、女性が新たな母親としての自己を見出し、次の世代を大切に育てる力につながる。

そこで、助産実践では Women-centered care (女性を中心にしたケア) を重視している⁶⁾。これは、いまだ伝統的性別役割意識が高い日本の社会に、今後ますます浸透させてゆかなければならない理念である。日本のジェンダー・エンパワメント指数は、ヨーロッパなどと比べて低い。伝統的な性別役割意識が根強く、意思決定の場における男女比率はいまだ男性優位である。一方、家庭では家事や育児の中心的な役割を担い、介護の負担も女性に重くのしかかる。このような男性優位社会において、女性が自分らしく生きることは容易ではない。それはどのような医療を受けるか、といった場面にも現れる。妊婦健診から産後健診までに提供される医療は、意識しなければ医療主導型で進む。こうした場合の医療は「官僚的」「画一的」「強制的」となる傾向がある。その結果、分娩時に外傷体験を被る女性が存在すると考えられる。女性には適切に情報提供を受ける権利と、そこから自分の健康に関するヘルスケアを選択しコントロールできる、つまりリプロダクティブライツが行使できる環境が必要である。

女性を中心にしたケアは、尊重すること、安全を担保すること、女性を全体(ホリスティック)として捉えること、女性と医療者の関係はパートナーシップで結ばれること、という要素からなる(Horiuchi et al. 2006)。この要素を重視することによって、母となる女性への支援はより個別的に多様化し、医療の質が豊かになると考える。

3-2. 地域における特別なニーズをもつ子育て支援の一例

医療技術の進歩に伴い、生まれてくる子どもの多様性を考慮した子育て支援の展開も重要となっている。出生時の体重が1500g以下の極低出生体重児の成長発達や母親の心理における特徴は上述した通りである。こうした対象を地域でサポートする取り組みの一例に、極低出生体重児とその家族のための親子教室(YOYOKラブ)がある(安積 2010)。この教室は、修正月齢(出産予定日から数えた児の月齢)6か月児とその家族を対象とし、親子は2年間、月1回定期的に参加できる。市内複数の新生児集中治療室を退院した極低出生体重児と家族が参

加できるため、施設を超えて共通の悩みをもつ家族が集まる場所となる。また、このプログラムは、小児科医、臨床心理士（大学教員・児童相談所）、助産師、新生児集中治療室勤務に勤務する看護師、保育士などの多職種がチームを組んで運営している。

プログラム構成は、前半の子どもと家族が一緒に行う遊びのプログラムと、後半の家族同士が情報を共有するプログラムの二部構成からなる。プログラム後半は、子どもと母親が一時的に離れる時間を設定している。この時間に、保育士と心理士は子どもとの遊びを通して発達をみる。その間、その他の職種は母親の悩みや不安を傾聴し、母親同士のグループダイナミクスを活用しつつ、不安の軽減などに努める。小さく産んだが故に、子どもを育てることに一生懸命である母親達は子どもから離れることができない。一時子どもを預かることは、自分の時間を作ることの大切さを、母親達に実感させているようである。

以下に平成17年から20年までの、実践報告の一部を紹介する。参加した児の平均在胎週数は28.7週、平均出生体重は1004g（485g～1630g）である。教室に参加した母親の反応は、「2年という年月の間、子どもの変化と成長をみんなと同じように見守れて『うちの子だけ』という不安が減りました。」「未熟児ならではの悩みは、他の人の相談に乗ってもらっても理解してもらえないことが多いのですが、Y O Y Oクラブでは、同じような悩みをもったお母さん達との交流や先生のアドバイスがあったので不安が軽減されました。」などである。

3-3. 親準備性を育む子育てプログラム

子ども達の親準備性を育む取り組みとして、筆者は「命の感動体験」という事業に携わった（鈴木他 2006）。この事業は、看護系大学と地域の保健福祉部が共同して小学5年生と赤ちゃんとの触れ合い体験の場を提供するものである。事業の目的は、触れ合い体験を契機に、小学生が赤ちゃん・育児に対する意識を受容的に変化させ、男女が共同して育児する意識を養うことにある。実際に、小学生の乳児への態度はとても優しく、多くを教えなくても、彼らは自然に仲良く幼い子どもと遊んでいた。親が育児している姿や、子どもに対する思いを知ることによって命の尊さを知り、自分も大事に育てられたという自己肯定感を育てることにつながると考えられた。また、親子の広場に参加する乳幼児の母親の反応から、小学生とわが子を触れ合わせ、出産や子育ての経験を語る経験は、子育てしながら社会参加・社会貢献ができること、母親である経験が社会の役に立つことを認識する機会になる効果があると考えられた。この事業の長期的な効果を検証することは難しい。しかし、少なくとも地域で生活する人々が、それまでよりも親しくなっているという変化は、事業を重ねるごとに実感した。

おわりに

女性のライフコースの多様性に伴い、親になる過程においては、身体的、心理的、社会的なニーズは多様化している。また、出産年齢も分散化し、何らかのリスクを伴う出産が増えてきている。健康体であっても、周産期は次世代を育て生み出すプロセスで女性と胎児／新生児の命は脅かされる機会に複数遭遇する。リスクの程度にかかわらず、女性と新生児の命と健康を維持するためには、医療技術として、女性が備えている身体機能を十分発揮できるような、女性に特化した(Gender specific)支援が重要である。また、医療技術の進歩に伴い、出産様式も多様化している。そのため、産み育てる女性自身が、リプロダクティブライツを行使し、自らに必要な子産み、子育て支援の享受に向けてアクションを起こすことが可能である。これを支援するために、助産ケアはWomen-centered careにシフトしてきている。一方で、親になることは、社会的文脈によって発達する能力であるため、個人のライフステージに即して、Gender equalityの視点をもった取り組みの充実が求められる。親性を発達させる機会や親になってからの支援は両性平等に与えられてしかるべきである。

(あさか ようこ 北海道大学大学院保健科学研究院)

[注]

- 1) 母親役割獲得過程(Rubin 1984)は、約6000名の女性を対象とした質的研究をもとに提唱された。この理論では、妊娠中の模倣、空想、脱分化などの認知作業が、母親役割獲得過程を促進させるとしている。妊婦は“この子”の母親としての理想像をイメージするために、自分を育てた人を思い出し、同じ状況をうまく乗り越えた女性を周囲から探し、専門家の勧めなどを受け入れ、それらから得た母親らしい行動を真似て試す(模倣)。また、妊婦は生まれてくる子ども、父親となるパートナーとの新たな三者関係を空想する。胎動を感じると、女性が胎児に働きかけ、胎児からの反応を捉えそれに応答する、この繰り返しによって次第にわが子の特徴づけ、想像上のわが子の性格や将来像へと空想が広がる。時に、過去の自己概念とこれからの自己像を見直し、過去の自己概念を放棄する作業(悲嘆)が行われる。これらを通し、女性は理想像と現在の自己像を照らし合わせ、自己に調和した部分を新しい要素として受け入れるようになる(脱分化)。
- 2) 母親役割を果たすことで自己の調和感、満足感、役割能力感を得て、自分自身の役割と役割期待が一致していることを主観的に感じ、母親である自分に心地よい感覚をもつようになる(Mercer 1981)。
- 3) 母子相互作用は、母親と子どもの間に生じる感覚器(視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚)や行動を通じた相互の働きかけ、コミュニケーションである(Klaus M.H. 他 1982)。新生児から返ってくる反応が母親に何らかの感情をもたらし、さらにそれが新生児への次の働きかけに影響する。この繰り返される母子相互作用を通して、母親はわが子とのボンディング(絆)を、子どもは母親に対するアタッチメント(愛着)を形成し、互いに心の絆が形成されてゆく。
- 4) 例えば、新生児／乳児の健康状態に反応し、母乳の成分は変化する。母親が感染症を起し

ている場合は、その感染症に対する免疫成分が母乳中に多く産生され、新生児／乳児の免疫能は高まる(日本ラクテーションコンサルタント 2007)。また、母親の健康を守る作用として、産後の吸啜刺激によってオキシトシンが分泌されると子宮筋が収縮し、産後の大量出血を防ぎ子宮復古を促すことがある。さらに、頻回に授乳することによってプロラクチン濃度が維持されると、産後の排卵時期を遅らせることができる。つまり、性生活再開後、避妊方法に関して夫婦／パートナー間で女性の意見が通りにくい場合、頻回授乳は次の妊娠の時期を遅らせることに貢献する。

- 5) 平成 25 年度人口動態調査(厚生労働省 2010, 再掲)によれば、2013 年の妊産婦死亡数は 36、妊産婦死亡率 3.6 である。
- 6) Women-centered care は、医療現場における治療選択において、医療主導ではなくクライアント自らが意思決定できるような医療者の関わりであり、周産期に遭遇するさまざまな意思決定場面で、決定への女性自身の関与を促すアプローチである(Horiuchi et al. 2006)。

【引用文献】

- 安積陽子 2003 「早産児をもつ母親の親役割獲得過程に関する研究」『日本助産学会誌』, 16, 25-35
- 安積陽子 2010 「退院後の子ども・家族を地域で支える」『助産雑誌』, 64, 232-236
- 馬場一雄 1990 「育児とは」『周産期医学 臨時増刊号』, 20, 268-270
- Ballard C.G., Stanley A.K., Brockington I.F. 1995 Post-traumatic stress disorder after childbirth, *British journal of psychiatry*, 166, 525-528
- Bramadat I. J., Driedger M. 1993 Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement, *Birth*, 20, 22-29
- Horiuchi S., Kataoka Y., Eto H., Oguro M., Mori T. 2006 The applicability of women-centered care: Two case studies of capacity-building for maternal health through international collaboration, *Japan Journal of Nursing Science*, 3, 143-150
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構 2014 専業主婦世帯数と共働き世帯数の推移
<http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/qa/a07-1.html> (2015 年 3 月 15 日最終アクセス)
- 金澤忠博, 安田純, 北村真知子 2007 「超低出生体重児の精神発達予後と評価——軽度発達障害を中心に」『周産期医学』, 37, 485-487
- 厚生労働省 2010 平成 22 年度「出生に関する統計」の概況 人口動態統計特殊報告
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo06/index.html> (2015 年 3 月 22 日最終アクセス)
- 厚生労働省 2013 ひとり親家庭の支援について
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/shien.pdf> (2015 年 3 月 15 日最終アクセス)
- Klaus M.H., Kennell J. H. 1982 *Parent-infant Bonding Second Edition*. The C.V. Mosby Company. (竹内徹, 柏木哲夫, 横尾京子 訳 1985) 『クラウスケネル親と子のきずな』医学書院
- 松岡悦子, 加納尚美 2010 「出産時の医療介入とマタニティブルーズの関連の検討」『母性衛生』, 51, 433-438
- 三砂ちづる, 嶋根卓也, 野口真紀子, 竹内正人, 菅原ますみ, 福島富士子, 丹後俊郎, 榊原洋一, 小林秀資 2005 「変革につながるような出産経験尺度 (TBE-Scale) の開発——主体的出産経験を定義する試み」『臨床婦人科産科』, 59, 1303-1311
- 三科潤 2006 「低出生体重児の長期予後」 <http://www.jsog.or.jp/PDF/58/5809-127.pdf> (2015 年 3 月 22 日最終アクセス)
- モベリ ジャスティン 2014 「母性を導くオキシトシンホルモン (前編)」『助産雑誌』, 68, 320-325

- 日本小児科学会新生児委員会新生児医療調査小委員会 1996 「わが国の主要医療施設におけるハイリスク新生児医療の現状 (1996年1月) と新生児期死亡率 (1995年1～12月)」 『日本小児科学会雑誌』, 100, 1931-1938
- 日本ラクテーションコンサルタント協会 2007 『母乳育児支援スタンダード』 医学書院
- 大日向雅美 1988 『母性の研究 その形成と変容の過程：伝統的母性観への反証』 川島書店
- Mercer R. 1981 A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role, *Nursing Research*, 30, 73-77
- Rubin R. 1984 *Maternal Identity and the Maternal Experience*, New York Springer Pub Co (新道幸恵, 後藤桂子訳 1997) 『ルヴァ・ルービン母性論 母性の主観的体験』 医学書院
- Ryding E., Wijmab B., Wijma K. 1997 Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section, *Acta obstet gynecol scand*, 76, 855-861
- Ryding E., Wijma B., Wijma K. 2000 Emergency cesarian section: 25 women's experiences, *Journal of reproductive and infant psychology*, 18, 33-39
- 渋谷区 2015 渋谷区男女平等及び多様性を尊重する社会を推進する条例
https://www.city.shibuya.tokyo.jp/kusei/jorei/jorei/pdf/danjo_tayosei.pdf (2015年8月24日最終アクセス)
- 新道幸恵, 和田サヨ子 1990 『母性の心理社会的側面と看護ケア』 医学書院
- 鈴木学美, 増野眞貴, 岩本里織, 大野かおり, 田中由紀子, 高田昌代, 岡永真由美, 安積陽子, 安達久美子, 谷川裕子, 林裕子, 半田浩美, 蝦名美智子, 二宮啓子, 廣瀬美千子 2006 「乳幼児と小学生のふれあい事業に関わった民生児童委員の思い地域と大学が協働で行った次世代育成支援事業の効果」 『神戸市看護大学紀要』, 10, 61-66
- 総務省統計局 2015 第64回日本統計年鑑平成27年
<http://www.stat.go.jp/data/nenkan/pdf/yhyou02.pdf> (2015年9月24日最終アクセス)
- 津村宣彦, 津村典利, 佐川正 2009 「当科における分娩誘発の意義について」 『市立千歳市民病院医誌』, 5, 1-3
- 千田満佐子 2008 「誕生を支えるマタニティケアにケアを受ける側が望むこと」 『第22回日本助産学会学術集会講演録』 毛利多恵子編, 49-54
- Waldenstrom U. 1998 Continuity of care and satisfaction, *Midwifery*, 14, 207-213
- Wijma K., Söderquist J., Wijma B. 1997 Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study, *Journal of anxiety disorder*, 11, 587-597
- Zabielski M. 1994 Recognition of maternal identity in preterm and fullterm mothers, *Maternal - Child Nursing Journal*, 22, 2-36

Childcare Support in Midwifery Care

ASAKA Yoko

(Hokkaido University)

This paper introduces a concrete example of childcare support in which I have been involved and discusses future prospects from the standpoint of a certified nurse midwife.

As the lifestyle of women becomes more diverse and the maternal age range widens, it is necessary to take into account life stage-specific needs when providing childcare support. Furthermore, delivery styles are becoming more diverse in Japan as medical technology advances. Therefore, the care provided by certified nurse midwives has been shifting toward women-centered care, so that women who will deliver and raise their baby can exercise their reproductive rights and receive the necessary support independently. On the other hand, becoming a parent is an ability developed in a social context, so it is necessary to enhance efforts to promote a gender equality perspective based on the life stage of the individual. The opportunity to develop parenthood stepwise should be given to both sexes equally.

Keywords : Diversification of women's life course, childcare support, certified nurse midwife, reproductive rights, women-centered care