

子育て期における家族の健康問題と 保健行動の課題

The scheme of a family's health through the individual
lifecycle : Situation under childcare

蛭 田 由 美

要約 家族ライフサイクルの各ステージで、家族にはそれぞれ特有の健康問題が生じる。子育て期における家庭では、子どもの健康問題に生活の多くを振り回されると言っ
てよいだろう。そこでこの時期の家族の保健行動の課題として、① 子どもの病気と
受診の現状と家族看護の課題、② 子育て負担の偏重と育児不安への対応について取
り上げ、子どもの健やかな発達と親の子育ての喜びを模索した。

は じ め に

子どもをめぐる保健医療の発展はめざましく、乳児死亡率をはじめとする小児保健水準は著しく改善した。しかし、その一方で救命後に障害を残す子どもや、慢性化へと移行し病気や障害を持ちながら生活する子どもが増加している。また、食生活の乱れや運動不足が原因と考えられる子どもの肥満や生活習慣病が増加傾向を示し問題となっている。診断や治療技術の進展によって、これまで長期の入院治療を必要としていた子どもや、高度な治療機器を必要としていた子どもも、治療を継続しながら家庭で生活することが可能になった。したがって、近年の子どもの医療は

施設医療から在宅医療へと移行している。現在は、医療経済の面からも、医療費抑制策として入院日数の短縮化が積極的に進められている。これは、入院による子どもへの影響を最小限に抑え、子どものQOL (quality of life: 生活の質) と子どもの権利擁護と成長発達のための環境を考えると、望ましい変化である。子育ての時期の家族は、子どもの健康問題に生活のほとんどを振り回されると言っ
てよいだろう。そこで、本稿では子育ての時期の家族の健康問題の課題として、① 子どもの病気と受診の現状と家族看護の課題、② 子育て負担の偏重と育児不安への

対応から、子どもの健やかな発達と親の子育ての喜びを模索する。

I 子どもの病気と受診の現状と家族看護の課題

1) 子どもの疾病・健康障害の現状

2011（平成23）年、わが国では105万698人の新生児が出生し、2,540人の乳幼児が死亡した。乳児死亡率は2.3（出生千対）である¹⁾。また、2010（平成22）年度における20歳未満の年齢別死因順位第5位までを示すと表1のようである。0歳から19歳までを5歳ずつの年齢段階に分けてみると、死因の第1位は乳児（0歳児）では先天奇形、変形及び先天異常であり、1歳から19歳までの年代では不慮の事故である。このほか、悪性新生物、心疾患、自殺などが上位を占めているが、不慮の事故や他殺などで子どもたちの命が失われるのは大きな問題である。近年、ビルの回転ドアに頭部をはさまれて子どもが死亡した事故をきっかけに、事故発生の予防

の研究が学際的に行われるようになってきた。交通事故、溺死、誤飲、転落、回転ドアや自動ドア、エスカレーターにはさまれる事故等々、子どもたちを取り囲む環境は危険に満ちている。

1950年代までは、結核や肺炎、ポリオ、日本脳炎、疫痢などの感染症が子どもたちの命を脅かしていたが、ウイルス研究の道が開かれ、ポリオや麻疹などのワクチンが開発され、ワクチンの接種によって多くの感染症の予防が可能になった²⁾³⁾。しかし、その後1970年代にはワクチンの副反応による予防接種事故が社会問題となり慎重に投与されるようになり、1994年には予防接種法が改正され義務から勧奨へと制度が変更された。子どもの感染症の時代は終わったかのように思

表1 20歳未満の年齢階層別死因順位（2011年）

年 齢	死 因				
	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
0歳	先天奇形、変形及び染色体異常	周産期に特異的な呼吸障害など	乳幼児突然死症候群	不慮の事故	胎児及び新生児の出血性障害
1-4歳	不慮の事故	先天奇形、変形及び染色体異常	悪性新生物	心疾患	肺炎
5-9歳	不慮の事故	悪性新生物	その他の新生物、心疾患	先天奇形、変形及び染色体異常	他殺
10-14歳	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	自殺	先天奇形、変形及び染色体異常
15-19歳	不慮の事故	自殺	悪性新生物	心疾患	先天奇形、変形及び染色体異常

註) 2012年版「国民衛生の動向」第11表(3-1)を参考に著者作成
資料 厚生労働省「人口動態統計」2010年

われがちだが、病原性大腸菌 O-157 による集団食中毒、レジオネラ菌による感染、結核の復活、エイズ、抗生物質耐性をもつ菌の出現など新たな問題が発生している。1960 年代以降、感染症にとって替わるように、気管支喘息、アトピー性皮膚炎などアレルギー性疾患が増加した。その原因に全国的な公害の発生や生活の欧米化などが挙げられているが、多くの要因が関連しているものと考えられている。

2) 小児保健医療の推移と現状

わが国の戦後の小児医療は以下のように推移し、高水準の小児医療政策が実施されてきた。

- 1947（昭和 22）年：児童福祉法公布
- 1954（昭和 29）年：育成医療
- 1958（昭和 33）年：未熟児養育医療
- 1965（昭和 40）年：国立小児病院（小児総合医療施設）開設
- 1974（昭和 49）年：小児慢性特定疾患治療公費負担制度
- 1984（昭和 59）年：神経芽細胞腫検査事業（2003（平成 15）年休止決定）
- 2002（平成 14）年：育成医療センター創設

また、少子化の一層の進行や子どもを取り巻く環境の変化に対応するため、以下のような子育て政策が策定され実施されたが、出生率や合計特殊出生率の改善などの少子化対策としての効果は上がっていない。

- 1994（平成 6）年：エンゼルプラン
- 1999（平成 11）年：新エンゼルプラン
- 2000（平成 12）年：健やか親子 21

2002（平成 14）年：少子化対策プラスワン

2003（平成 15）年：児童福祉法改正、少子化社会対策基本法、次世代育成支援対策推進法

2004（平成 16）年：子ども・子育て応援プラン

2006（平成 18）年：新しい少子化対策について

2010（平成 22）年：子ども・子育てビジョン

「健やか親子 21」は、21 世紀の母子保健の取り組みの方向性を示し、関係機関、団体が一体となって推進する国民運動計画として策定されたものである。その主題は、① 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、② 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③ 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、④ 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減であり、2014（平成 26）年までの目標として 67 指標 72 項目が設定された。

1997（平成 9）年に制定された臓器移植法では、15 歳以下の子どもは対象外とされているため、臓器移植が必要な子どもは多額の費用をかけて海外で移植を受けるケースが増加し、子どもからの臓器提供も含めて再議論が求められていた。2009（平成 21）年に改正された同法では、① 脳死は人の死とする、② 本人の生前の拒否がない場合は家族の同意で提供できる、③ 提供は 15 歳以上という年齢制限を撤廃する、④ 虐待を受けて死亡した場合、当該児童からの提供をしないよう、虐待の有無の判断が必要である、⑤ 親族へ

優先的に提供するという意思表示をしておくことができる、となった⁵⁾。また、少子化の進行の影響と、採算性の低い小児科診療や小児病棟の閉鎖が相次ぎ、小児科医の減少の問題と重なって、小児救急医療体制の不備が深刻な問題となっており、整備が求められている。

3) 子どもの成長発達と療養形態の在り方

子どもが病気で療養する場合、入院する病棟は2種類あり、小児科疾患を持つ子どもが主に入院するのが小児科病棟であり、小児科疾患以外にも外科や整形外科、耳鼻科などの疾患を持つ子どもが入院する病棟が小児病棟である。大人と同じ病棟の一部に子どもが入院している病棟は混合病棟と呼ばれる。通常一つの病棟は50床前後で構成されている。現在、大学病院や特定機能病院のような医療施設でないかぎり、50床を子どもで占有することは難しく、大人との混合病棟であることが多い。この他に病院全体が小児医療のために設立された小児専門病院があり、1965(昭和40)年に国立小児病院が開設されてより、各地に次第に増加し、全国に開設された。その一方で、患者を全人的・包括的に診る重要性も主張されるようになり、2002(平成14)年には成人に達した(キャリアオーバー)小児疾患の患者をも対象とする国立成育医療センターが開設された。小児医療の発展は、先天性の外科系疾患や代謝異常、染色体異常疾患を持つ子どもの貴重な命をたくさん救ってきた。このような治療を受けた子どもたちは成長発達とともに進学、就職、結婚、出産そして老化を体験することになる。しかし、子

ども時代に疾患を持ち成人に達した(キャリアオーバー)人々のさまざまな相談に応じ健康管理及び必要な治療を行うのは、一般的な成人対象の医療施設では難しいという問題がある。このような問題を解決し、胎生期から成人期までの継続医療として成育医療という概念が提唱され、上記のように、2002(平成14)年にセンターの開設が実現した。小児医療は子どもを常に成長発達する存在としてとらえているが、守備範囲は主に思春期までと考えられていた。今後はキャリアオーバーとしての社会適応や健康生活への支援も検討することが必要である。

子どもの入院に限らず、かつては入院患者の日常生活の世話は家族などの付き添いが行うのが一般的であった。このため、子どもが入院した場合は母親が付き添うことが多く、そのため家庭に残されたきょうだいや家庭生活に問題が生じることがあった。看護師が入院患者の生活の世話全てを行うようになったのは、1948(昭和23)年の保健師助産師看護師法の制定後であった。この後入院した子どもたちの看護ケアをすべて看護師が行う施設が多くなった。これによって、子どもを入院させた母親は付き添いという役割から解放されることになったが、一方で病院は子どもの安全や感染予防を優先し、両親やきょうだいの面会を厳しく制限したため、病気の子どもと家族を切り離す結果になってしまった。こうした状態は母子関係、父子関係、きょうだい関係の確立の障害になること⁶⁾、ホスピタリズムの問題⁷⁾、子どもの親に会う権利の侵害⁸⁾であることなどが指摘されてきた。こうした経過を経て、小児専門病院を始め多くの小児病棟では面会制限を緩和する傾向にあ

る。感染に敏感で最も面会制限の厳しかったNICU（Neonatal Intensive Care Unit：新生児集中治療ユニット）でも両親の面会が奨励され、両親が子どもと触れ合う機会を積極的に作ろうとしている。

1994（平成6）年の子どもの権利条約の批准に伴い、小児医療の現場でも子どもの権利を守るためのさまざまな見直しが行われてきた。子どもの権利を擁護する医療のあり方そのものが、子どもの身体的心理的社会的な成長発達を促す医療に直結すると考えられるからである。その一つが面会制限の見直しである。子どもが親に会いたいときに会うという権利を保証するという観点からの見直しであるが、課題が多く制限が残っている施設も多い。家族が病棟に自由に出入りすると、医療処置がしにくいという医療側の都合を挙げる施設もあり、病院や病棟へ出入りする人を管理しにくく、特に夜間など子どもの安全の確保が困難であるなどの課題も挙げられている。また、子どもには教育を受ける権利があり、たとえ病気で入院中であっても教育を受けるチャンスを保証されなければならない。現在、小児病棟がある病院では、入院中の子どもに対する特別支援学級の整備がすすめられている⁹⁾。従来、特別支援学級で学習するにあたって、子どもがそれまで通学していた学校からの転校手続きを取らなければならなかったが、現在は簡単な手続きで移行できるようになっている。在宅療養する子どもの場合の学習環境については、家族の希望と学校側の環境整備にまだズレが大きい。

わが国の小児医療の現場には、子どもの知る権利、意見の表明や自己決定権の保証などの権利擁護の問題が残されていると言える。

4) 子どもの病気と家族看護の課題

子どもが入院した場合には母親が付き添うことが多く、付き添う母親や家族にも不都合が生じやすい。子どもの入院に当たって母親が付き添うことが当たり前のよう思われて、母親自身は喜んで、その役割を引き受けていると思われがちであり、母親の身体的心理的社会的な負担に目が向けられることは少ない。病院で入院した子どもに付き添うということは一部屋に数人の子どもと同じ数の母親が寝泊まりし、プライバシーが保てない状態や子どもの泣き声で母親が周囲の入院患者に遠慮するなど、日常生活とは異なった、しかも非常に制限された不自由な生活を強いられることになるのである。食事、入浴、睡眠、休息などの不自由さ。子どもの病状の変化に真っ先に直面する負担。それだけでなく、子どもの病気について自責の念に囚われていることの多い母親に、こうしたプレッシャーがのしかかる。その他の家族にも不自由な状況は波及する。子どもが病気をしたとき、あるいは入院したとき、父親も母親と同じような問題状況に置かれる。父親として子どもの病状に対して心を痛め、入院を見舞い、加えて家庭に残された他の家族成員の世話の責任を負うことになる。また、家庭に残されたきょうだいは、母親の不在が長く続くと家庭で母親の世話を受けることができず、入院している子どもに母親を独占されたと思ひ込み、疎外感や嫉妬心を持つこともある。

健康障害を持つ子どもも、健康な子どもと同様にできる限り家庭で両親やきょうだいなど家族とともに生活することが望ましい。両親や家族にとっても、病気の子どものに必要な在宅医療サービスやその他の支援を受けなが

ら、自宅で家庭看護を続けることが望ましい療養生活の形であろう。もちろん在宅医療サービスは入院医療と同様のレベルが確保される必要があり、医療行為が家族特に母親の負担にならないように医療専門職の介入が必要になる。こうして子どもは在宅での医療を受けながら、保育所や学校に通い、きょうだいや友達と遊び、両親に愛されて育つことが理想であろう。これはきょうだいにとっても二重に意味の深いことである。一つは病気のきょうだいを家庭で世話をすることによって、人間は病気で弱くなったり苦しんだりする存在であるということや世話の仕方を学習し、弱くなったり苦しんでいる人に対する思

いやりの気持ちを育てるチャンスとなることである。二つ目は、家族の誰も不在にならないため、取り残されたという疎外感を味わうことがないということである。もちろん家庭生活で病気の子どもの世話が優先されることが多くなり、他のきょうだいがやきもちを妬くなどということは起こりうることである。しかし、目前に繰り返られることであるため、両親にしてみれば心配の兆しを発見しやすく、深刻な事態になる前にきょうだいの成長発達のステップとして利用することができる。思いやりの気持ちや順番を待つという我慢を教えるチャンスにすることができるだろう。

II 子育て負担の偏重と育児不安への対応

1) 子どもの楽園

明治初期、ヨーロッパやアメリカから日本にやってきた外国人技術者や旅行者は、日本人の子どもに接する態度に驚嘆し、次のような記録を残している¹⁰⁾。「親の子どもへの深い愛情は、家庭生活のすみずみにまで見ることができる。大人が子どもに何かを禁ずることはほとんどなく、まして叱ったり罰したりすることはさらに稀である。大人は子どもに夢中のように見える」。一方子どものほうは、「日本の子どもは泣かない」というのが、訪日欧米人の定説だった。「怒鳴られたり、くどくど小言を聞かされたりせずとも、好ましい態度を身につけてゆく」。だからと言って、日本の親は子供を放任しているのではなく、子どもは小さい時から礼儀作法を仕込まれていたし、親の最大の関心事は子供の教育で

あった。また、「子どもたちが遊びの際に自分たちだけでやるように教えられているそのやり方には感心する。疑問が生じた場合、言い争ってゲームを中断したりするのではなく、年長の子どもの裁定で解決し、大人は干渉しないのである。日本の子どもは他のいずれの国の子どもより多くの自由を持っている」のである。

こうした我々の先祖の姿を外国人に紹介されてみると、ほのぼのとした気持ちになり、子育てに関してこの先それほど深刻にならなくて良いのだろうか、安心材料を得たような気持ちになる。しかし現実には、一人の女性が生涯に産む子どもの数を表す合計特殊出生率は下がり続け、2002(平成14)年には1.32、2003(平成15)年には1.29まで低下した¹¹⁾。政府は、少子化による人工減少社会に歯止め

をかけようと、「エンゼルプラン」、「新エンゼルプラン」、「健やか親子21」などさまざまな方策を実行に移そうとしているが、目に見える変化は保育所の増加程度で、出生率はなかなか上がらず、2011（平成23）年の合計特殊出生率はまだ1.39である。この原因として、厚生労働省は若い人たちの晩婚化、未婚化に加えて、夫婦の出産力の低下を挙げている。また、全国の児童相談所に寄せられ処理された児童虐待に関する相談件数は、1990年度には1,001件であったが、2000（平成12）年には2万件を超え、2012（平成24）年には6万6,701件と激増している¹²⁾。相談内容も、質的に困難な事例が増加していることは、メディアを通じた悲惨な事例で知ることができる。著者は長年、周産期医療の現場で妊娠出産する女性とパートナーおよびその家族とかかわってきた。その経験からすると、出産直後の女性とパートナーおよび家族は皆一様に、明治初期にヨーロッパやアメリカから来日した外国人がみたように「赤ちゃんに夢中」である。皆それぞれに、赤ちゃんに対する愛情で溢れ、赤ちゃんが新しい家族成員になったことの喜びに満たされている。一方でとどまることを知らない出生率の低下、急増する児童虐待がある。

2) 子供不足に悩む国ニッポン

日本で出産と子育てを体験したフランス人教育者であり研究者であるミュリエル・ジョリヴェ¹³⁾は、なぜ日本の女性は子どもを産まなくなったのかを分析し、その中で次のような十カ条が若い母親を追い詰めていると指摘した。

<「いいお母さん」になるための十カ条>

- ① 胎児とあなたは一体である
- ② 胎児のIQは母親の愛情で伸びる
- ③ 痛い思いをしてこそ出産の喜びがある
- ④ 赤ちゃんには常に体ごとぶつかるものである
- ⑤ 赤ちゃんには昼夜を問わず、一年間母乳をやるべきである
- ⑥ 赤ちゃんの食事は愛情たっぷりの手作りであればならない
- ⑦ 赤ちゃんのおしめは母親が洗うべきである
- ⑧ 子どもにはひたすら無償の愛を浴びせるべきである
- ⑨ 母性本能がたっぷりあれば子どもは病気になる
- ⑩ 子どもが小さいうちは働いてはならない

上記十カ条は、ジョリヴェが日本の著名な小児科医の著作¹⁴⁾や彼らへの直接のインタビューから導き出した小児科医が唱える子育て理論である。そして、日本の女性が母親になることにあまり魅力を感じない背景には、ここに責任の一端があると述べている。この十カ条は、母親は子どものために人生のすべてをかけるべきであるという見解である。ここには母親が人間として自分の人生を幸せで価値のあるものにする余地は残されていない。

3) 母親の育児不安の実態

著者らは、周産期医療の現場での調査を通して、出産後の母親の不安は出産後の時間の経過とともに徐々に上昇していくという結果を得た¹⁵⁾。出産後の母親の生活行動は退院後

に急速に広がっていくと考えられるが、その生活の広がりや変化の中に母親の不安を引き起こす要因があるのではないかと考えられた。さらに、産褥期の母親の不安および苛立ちと生活状況について調査し、関連を検討した^{16,17)}。産後1か月の日常生活の苛立ちを、産後の母親の心理状態を表す一つのめやすと考へて行つたこの調査結果から、産後の母親の忙しく煩雑な生活の中での心理状態を推測することができた。新生児という新しい家族を加え、不規則な生活の中で仕事が多すぎて家事や育児が大変と思ひながら、出費がかさむことや健康や将来への不安を抱き、人間関係に苦慮し、やりとげるべきことが控えていると焦っている母親の姿が浮き彫りになった。

苛立ちの内容に初産婦と経産婦の間に差がみられ、それぞれ特徴を表していた。初産婦は、家族関係と不規則な生活、外見や容姿の変化により高い苛立ちを感じ、経産婦は家族成員がさらに増えたことにより、家族の健康や将来に対する不安、仕事量が増え家政管理が複雑になっていくことに苛立ちを感じていた。夫の家事や育児への協力に関しては、期待と実態に若干のずれがあるものの、概ね協力は得られていると認識していた。当然のことながら、夫の協力が得られないと認識している母親は、協力が得られると認識している母親に比べて苛立ちが高かった。また、この調査では、これまでに直面した問題の解決ができたかという質問で無力体験を、大勢の人が子どもを育ててくれていると思うかという質問で社会的サポートの認識を、家族以外に悩みを打ち明けたり相談できる人がいるかという質問で情緒的サポートの認識を明らかに

しようとした。その結果、これまでに直面した問題をあまり解決できなかったという無力感を持つ人、子育てに関する情緒的サポートがほとんどないと認識している人が日常の苛立ちを募らせていた。

大日向雅美¹⁸⁾は、母性意識の世代間調査を通して、現代世代の母親は母親意識に関して他の世代に比べてより多くの課題をかかえており、育児の意義を認めているものの、育児以外に生きがいを求める意識が高いと指摘している。我々の調査の結果でも、社会的に孤立した状態の中で子育て以外に生きがいを求める意識が高く、しかし現実には自分のやりたいことがほとんどできないという母親の姿が明らかになった。子育て以外に生きがいを求め、現実にはそれができないという意識を持つ母親はそうでない母親に比べて日常の苛立ちが高く、期待と現実の不一致が母親の心理を不安定にしていた。

3) 「日本の男性たちは自分の子どもを愛しているのだろうか…？」

「日本の男性たちは自分の子どもを愛しているのだろうか…？」これは、前述のフランス人ジョリヴェ¹³⁾の疑問である。総理府が行つた調査「日本の父親と子ども」¹⁹⁾を検討し、日本の父親の自分の子どもとの接触の時間や日常のコミュニケーションの持ち方、余暇の過ごし方の結果を見てのことである。国際的な比較ではあまりにも日本の父親が子どもとの接触が少なすぎるからであり、類似した調査結果は他にも報告されている²⁰⁾。このように、従来日本では子育ては主として母親が担い、父親がかかわることは少なかった。その理由の一つは、父親は生計のために外で

働き、母親は家事と育児の責任を負うという男女の性別役割分業の考え方である。この考え方が、家族の形態および親子関係の理想として一般化されていたことが挙げられる。二つ目の理由は、日本的経営の特質としての企業社会の構造が挙げられる。企業社会の競争の秩序が、労働者の企業への強い凝集力を引き出し、父親を会社人間にしてきたことは多くの人が認めるところである。父親の子どもや家族との触れ合いすなわち家庭団らんは犠牲にされてきたと言える。しかし、少子高齢社会の到来により日本の将来への危機感が高まり、子どもの発達上のさまざまな問題への対応が急がれ、父親の子育て参加、父親の家庭復帰、父権の復活などが取り上げられた。

著者らも父親の子育て支援の検討に資することを目的にいくつかの調査を行った^{21,22)}。本調査は、首都圏における勤労者家族の父親777名を対象に、1997(平成9)年から1999(平成11)年までに行なったものであったが、1988(昭和63)年の総務庁の調査に比べて、父親の子どもとの関わりの時間も家族とともに過ごす時間も、子どもとの関わりを積極的に持っていると認識している父親も確実に増えていた。10年ほどの間に父親の子育て参加は確実に進んでいると考えられた。父親の特性別に分析を試みた結果、家庭生活や仕事、子どもとの関わりに興味深い特徴がみられた。年齢別には、年齢が若いほど子どもや妻への愛着が強く家族関係は緊密で、従来の男女の性別役割に固定されない子育ての考えを持ち、子育て支援として経済的支援を望む声が多かった。父親の年齢が上がるにしたがって、子どもや妻への愛着は弱まり子どもや家族との関係は希薄になる傾向がみられ、父親

としての役割は重要事項の決定に意味を置くようになる。子育て支援として多様な支援を望むようになるが、子どもの成長に伴って考慮すべきことが広がってくるためと考えられた。子どもの成長発達に伴って、養育や教育に関して夫婦の意見が一致することが少なくなる傾向がみられたが、忙しさのために十分話し合う時間がとれなくなったり、それまでの経験から夫婦のどちらかの意見で決定することが多くなるものと考えられる。家族関係の中で父親としての役割の認識に関して、「妻や家族の相談相手」というものが各年代で一貫して最も多かったが、子どもの中学生の年代で特に多かった。子どもが高校生以上になると、仕事に打ち込み、重要な事柄の最終決定という形で父親役割を果たすようになる。父親としての役割不足を感じながら、教育問題で子どもを心配する父親の姿がうかがえた。子どもの成長発達に伴って、親子の関係は量的な緊密さから距離を置いた質的な関係へと変化するものと考えられた。職種別には、営業職と公務員はそれぞれ特徴的で、対照的な結果を示し、父親の働き方が子育て参加に大きく影響することがしめされた。営業職の父親は企業の最前線で厳しい仕事に打ち込む一方で、妻や子供に対する強い愛着がしめされた。一方、公務員と分類された対象者の多くは教員であったが、子育てに積極的に取り組み、家族関係を積極的に保とうとする父親の姿が示された。

もちろん日本の父親が自分の子どもを愛していないはずがない。父親がいくら望んでも、子育てに積極的に取り組めない企業風土や社会風土がある。これを何とかしなければ父親も母親同様に葛藤やジレンマに埋もれてしま

うだろう。母親への育児負担の偏重の軽減はもとより、父親が本来家庭で持つべき団らの楽しさや意義、子どもとのふれあいによる幸せを取り戻すために、父親の育児参加の促進が強く求められる。これらの調査研究をとおして、著者らは3つの支援策を提案した。一つ目は子育てのための経済的支援、二つ目は父親の働き方の改善策、三つ目は企業の育

児支援の取り組みを勧奨・評価するシステムの構築である。

近年、少しずつではあるが、父親研究が行われるようになり、子育てに積極的に取り組む父親の姿もみられるようになり、“イクメン”などと取りざたされるようになってきた。

おわりに — 追い詰められている母親への子育て支援

政府は、1994（平成6）年から子育て支援策「エンゼルプラン」をスタートさせた。以降、前項1-2）に示すように20年間にわたって、少子化現象に歯止めをかけようと少子化対策の検討・拡充を行ってきた。2010年には少子化社会対策大綱と子ども・子育て応援プランの見直しが行われ、「子ども・子育てビジョン」が策定された。これまでの少子化対策から子育て支援に視点を移し、社会全体で子育てを支えること、子どもと子育てを応援する社会を作ることを基本理念としている。

こうした子育て政策とは裏腹に、小児科医という専門家の権威的なプレッシャーがあることはすでに述べた。そうしたプレッシャーをはねのけ、母親が子育てを楽しみ自分自身の人生に満足できるように、母親の子育て支援のために何が必要か真剣に考える必要がある。最も必要なことは、最も身近な存在でしかも子どものもう一人の親である夫、そして家族からの支援である。夫および家族が出産後の母親の子育てを適切にサポートするための準備は、妊娠期からすでに始められなけれ

ばならない。そのため、夫は出産準備教育を妊婦である妻とともに受けることが望ましい。これは今では珍しいことではなく、医療機関等では従来の母親学級が両親学級となり、土曜日や日曜日を開催日とする施設も多く、夫の参加率は高くなった。これに引き続き、産婦が望むなら夫あるいは家族の出産への立ち会いが奨励されるべきであろう。出産時は、夫および家族の関心が最も産婦と胎児に注がれるときである。この期待と不安、心配と喜びが入り混じった出産過程を支え合うことによって、夫婦や家族の絆が一層強いものになることは明らかである。夫や家族の出産立ち会いには、産婦に対しても夫に対しても特別なきめ細やかな配慮が必要になるが、できるだけ夫や家族を出産の場から締め出さないようにしなければならない。分娩室に入ること躊躇する夫や家族の場合、本人が望めば分娩室の近くに控室あるいは控えのスペースを作るなど、出産の臨場感を共有し新生児と早期に接触するための配慮は、ちょっとした工夫で十分可能である。

夫および家族の次に母親を支援できるのは

友人や同じく子育てをしている仲間であろう。同じ経験を共有する仲間は、知識や情報の交換にとどまらず悩みを共有することができ、互いに助け合うことによって問題解決にもつながる。母親がこのような育児グループを作り、ネットワークを広げていく機会として効果的なのは、母親学級・両親学級や産後の入院期間を利用することである。さらに退院後も育児の問題を抱えた母親あるいは育児と自らの生きがいとの葛藤に悩む母親がいつでも相談に飛び込めるような窓口や受け皿が必要である。母親が気軽に立ち寄り、悩みや問題を打ち明け、同じ悩みを持つ仲間と情報交換し、助産師・保健師・看護師、ケースワーカーなどの医療福祉関係者から必要な専門的

なアドバイスを受けられるようなオープンな相談の場が設置されることが望まれる。これに応えるために「次世代育成支援推進法」の取り組み事業の一つとして、「つどいの広場」事業が展開された。現在、日本看護協会は全国都道府県看護協会に呼びかけて、「まちの保健室」という地域における看護サービス提供事業を展開している。街中にオープンなスペースを設けて、老若男女の健康問題から育児や介護の悩み事など“よろず相談”を、受けている。来所者の多くは中・高齢者であるが、こうした活動を広く広報して、若い母親がママ友と連れ立って来所するようになることが望まれる。

引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会編：国民衛生の動向 厚生指針増刊、59(9)、p 48、2012-2013
- 2) 高津忠夫、平山宗弘、沢田啓司著：弱毒性ポリオウイルスワクチン投与成績、小児科診療、25(9)、p 53-58、1962
- 3) 矢田純一、沢田啓司、渡邊言夫、平山宗弘著：はしかワクチンの研究、小児科診療、29(12)、p 1450-1464、1966
- 4) 中野綾美編、中野綾美、田中克枝、益守かづき他著：小児の発達と看護 ナーシンググラフィカ 小児看護学①、メディカ出版、大阪、p 18、2014
- 5) 今西春彦編著：医療関係法規、ナーシンググラフィカ健康支援と社会保障④、メディカ出版、大阪、p 312、2014
- 6) クラウス M.H., ケンネル J.H. 著、竹内徹、柏木哲夫訳：母と子の絆 母子関係の原点を探る、医学書院、東京、1979
- 7) ボウルビー J. 著、二木武監訳：母と子のアタッチメント 心の安全基地、医歯薬出版、東京、1993
- 8) 下村哲夫編、関根正明他著：新版 児童の権利条約、時事通信社、東京、1994
- 9) 奈良間美保、丸光恵、堀妙子他著：小児看護学概論、小児臨床看護総論、系統看護学講座専門分野 II 小児看護学① 医学書院、p 192、2012

- 10) 渡辺京二著：逝きし世の面影、平凡社ライブラリー、2005
- 11) 財団法人厚生統計協会編：国民衛生の動向 厚生指標増刊、59(9)、2012-2013
- 12) 増田雅暢、島田美喜編：社会福祉と社会保障 ナーシンググラフィカ 健康支援と社会保障③、メデイカ出版、大阪、p 90、2014
- 13) ミュリエル・ジョリヴェ著、鳥取絹子訳：子ども不足に悩む国、ニッポン、なぜ日本の女性は子どもを産まなくなったのか、大和書房、東京、1997
- 14) 久徳重盛：母原病 母親が原因でふえる子どもの異常、サンマーク文庫、1991
- 15) 蛭田由美、亀井睦子、西脇美晴：褥婦の出産体験の受け止め方と不安の変化、母性衛生 38(2)、p 303-311、1997
- 16) 蛭田由美、亀井睦子、増子恵美：産後の母親の不安の変化と要因（第2報）—苛立事尺度の結果から—、母性衛生 40(2)、p 332-339、1999
- 17) 亀井睦子、増子恵美、蛭田由美：産後の母親の不安の変化と要因（第1報）—STAIの結果から—、母性衛生 40(2)、p 325-331、1999
- 18) 大日向雅美著：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、東京、p 135、1988
- 19) 総理府青少年対策本部編：日本の父親と子ども—アメリカ・西ドイツとの比較—「子どもと父親に関する国際比較調査」報告書、大蔵省印刷局、1988
- 20) 日本女子社会教育協会編：家庭教育に関する国際比較調査報告書—1995年—、厚生省監修：平成10年版厚生白書、ぎょうせい、1998
- 21) 蛭田由美、平山宗弘：父親の子育て支援に関する研究 —首都圏を中心とした勤労者家族の調査から—、日本保健福祉学会誌、7(1)、p 19-30、2000
- 22) 蛭田由美、寺内文敏、平山宗弘：父親の子育て支援に関する研究、母性衛生、42(2)、p 386-393、2001