

# 親になることと妊娠・出産期のケア

## 地域医療と子育て支援の連携の可能性

松島 京\*

現在、日本では、少子化対策や子ども虐待の防止対策を見据えた子育て支援策が展開されている。その内容は、子どもが生まれてからの家庭に焦点を定め、仕事と子育ての両立支援を中心として、すべての子育てをする家庭をサポートすることを目的としたものが多い。あるいは、家庭を持ち子どもを産むことの意義を青少年に伝えることを目的としている。親になるということは、子どもが生まれたその直後から可能になることなのであろうか。親になるということは、子どもが生まれるとともに関係性が変容することであり、またそれを受容していくことから始まると考えられる。関係性の変容は他者との相互作用によってなされる。そこには、妊娠・出産という体験を肯定的に捉えることができるかということと、その時期に関係性の変化を受容するための素地をつくれるかどうか、密接に関係するといえる。こうした観点から、子育て支援の一環としての妊娠・出産期における親への支援の必要性を述べる。また、妊娠・出産期の医療援助者によるケアの重要性についても述べる。

**キーワード：妊娠，出産，ケア，子育て支援，関係性の変容，いいお産，母性，  
リプロダクティブ・ヘルス/ライツ**

### 目次

はじめに

1. 国の子育て支援政策の現状と課題
  - (1) 少子化対策としての子育て支援
  - (2) 子育て支援策の重点課題の変化
  - (3) リプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点の重要性
2. 親になるプロセスとは
  - ～関係性の変容とその受容
  - (1) 関係性の変容する時期として捉える
  - (2) 妊娠・出産という体験がもたらすもの
  - (3) 関係性の再構築と母性
3. 子育て支援の場としての出産する場所
  - (1) 管理されるお産から「いいお産」へ
  - (2) 妊娠・出産時の援助者のケアの持つ重要性

(3) 地域医療と子育て支援の連携の可能性

おわりに

### はじめに

わが国においては、少子化対策の指針として、1999年に「少子化対策基本方針」が策定され、「新エンゼルプラン」「仕事と子育ての両立支援策の方針について」などのプランも併せながら、「子どもを生みたい人が生み育てられるような」環境整備が進められてきた。これらのプランも踏まえながら、2002年には、厚生労働省から「次世代育成支援に関する当面の取組方針」が発表された。この方針の重点的な目標は、仕事

\* 立命館大学衣笠総合研究機構ポストドクトラルフェロー

と子育ての両立支援をしつつ、あらゆる子育て家庭を支援し、子育てを担う次世代を育成するということである。次世代育成とは、親になりたい・家庭を持ちたいという意識を持った青少年を育てることや、不妊の治療などがその焦点となっており、いかにして出産数を増加させるかということが大きな論点となっている。

また近年、少子化とともに、親の育児不安や子ども虐待なども社会問題として捉えられており、そうしたことから親が育児を放棄せず、いかに継続させるかということなども論点としてあげられている。

こうした子育て支援策がとられる背景には、親となる人は子どもが生まれたら親としての自覚を持つはずであるという意識や、母性や父性という子育てに必要な特質は子どもが生まれたら親として必然的に発達していくものであるという社会的な認識があるからだといえる。

しかしながら、妊娠をした当事者とそのパートナーが親になるということは、子どもが生まれてからスタートするものではない。また、青少年の世代から親になりたい・家庭を持ちたいと思っていれば親になれるというものでもない。親になるということは関係性が変化することであり、そうした変化を、親となる人が他者<sup>1)</sup>との相互作用の中で受容していくことにある。その受容の結果として親となっていくといえる。

本稿では、こうした子育て支援策の現状をふまえて、親になるプロセスは、妊娠・出産・産後という経過の中での他者との相互作用の中で成り立つという視点から、子育て支援の一環として、妊娠・出産期におけるケアの必要性を述べる。また、その際に妊娠・出産に関わる医療援助者の果たす役割にも焦点を定めながら、地域医療と子育て支援との関連について検討をする。

## 1. 国の子育て支援政策の現状と課題

### (1) 少子化対策としての子育て支援

2003年7月、「次世代育成支援対策推進法」が採択された。これは日本における急速な少子化の進行や家庭や地域を取り巻く環境の変化を考慮し、次代を担う子どもが健やかに生まれ育成されることを目的としている。子育て支援のための行動計画を策定し、自治体や事業体に計画を遂行させるように促すものである。地域が子育てを支援する力を育て、子育てをしやすい環境を構築することや、子育て支援に関する行政サービスを充実させること、男性を含めた働き方の見直し、などを重点的な項目として構成されている。

日本の合計特殊出生率は、1.57ショックと言われた1995年から年々下降しており、2002年には1.32となっている。この出生率の低下については、若い世代（とりわけ女性）の晩婚化や未婚化がその理由としてあげられてきた。このような晩婚化・未婚化の背景には、子どもを生き育てるということの困難さを、子どもを持つべきと想定されている世代が感じていることにあるとされてきた。子どもを養育していくにあたってのかかる費用の多さや、また女性の場合は特に、妊娠や出産をしたら仕事を続けることが困難であるという現状や、企業による育児支援策が十分でないことなどが、その要因として考えられている。

ゆえに、『少子化対策基本方針（1999年）』『新エンゼルプラン（1999年）』『仕事と子育ての両立支援策の方針について（2001年）』などをベースとした少子化対策のための子育て支援策は、働く女性が、子育てをしながら仕事も両立できるような環境づくりが主として考えら

れていた。保育所へ入所する待機児童数をゼロにすることや、育児休業取得の推進などが、その主たる目的となっている。

## （２）子育て支援策の重点課題の変化

このように、これまでの子育て支援策は、女性が仕事と子育てを両立させることの困難さを解消することを焦点として考えられてきた。しかし、合計特殊出生率は下降する一方であり、2002年には1.32となっている。2002年に厚生労働省が発表した『少子化対策プラスワン 少子化対策の一層の充実に関する提案』では、少子化の要因として、晩婚化・未婚化だけではなく「夫婦の出生力そのものの低下」にも着目をしている。それにより、従来取組である、子育てと仕事の両立が可能な環境整備としての、保育に関する施策を中心にすすめてきた対策に、新しいアプローチを追加している。それは、たんに子育て負担の軽減を図るだけではなく、「魅力的な生き方の一つとして家庭を持って子どもを育てるといった生き方が自然に出来るような『望ましい社会像』を提示し、そうした社会を目指して」対策を講じていくというものである（厚生労働省 2002）。

この、少子化対策としての子育て支援策の新しいアプローチを提示した『少子化対策プラスワン』は、「男性を含めた働き方の見直し」「地域における子育て支援」「社会保障における次世代支援」「子どもの社会性の向上や自立の促進」を推進対策の4つの柱として掲げている。これは、従来の少子化対策の基本である、働く女性の仕事と子育ての両立を支援するためのサービスだけではなく、男性の積極的な育児参加とそれを可能にするための働き方の見直し・支援体制について言及している。また、専業主婦

家庭やひとり親家庭なども含めたすべての子育てをする家庭のための支援サービスとして、保育サービスの推進やネットワークづくりの導入に加え、生活環境の整備（バリアフリー化）や子育て支援のための社会保障整備の促進をうたっている。

さらに、親の子育て支援や子どもの成長をサポートするだけではなく、次世代を育む親となる若い世代に対して、親になるための布石としての世代間交流や、自立した生活の促進、子どもの健康と安心・安全を図るための食育の普及や性に関する正しい理解の促進なども、新たに盛り込まれている。

こうした、すべての子育てをする家庭を支援することを目的とした施策の背景には、子ども虐待の件数の増加もあるだろう。2000年の「児童虐待の防止等に関する法律（通称児童虐待防止法）」の成立以後、親による子どもの虐待の数や虐待に関する児童相談所への相談件数の多さ<sup>2)</sup>から、育児不安を抱える親（とりわけ母親）を支援することも、視野に入れる必要があると考えられるようになったといえる。

親による子ども虐待については、1980年代頃から日本でも社会的な問題として取り上げられるようになっていたが、児童虐待防止法成立以後、子ども虐待は社会的にクローズアップされることになった。子ども虐待は、親の育児不安や養育に関する知識の不足などが、その要因のひとつとして考えられている。それゆえに親の育児不安を解消するための子育て支援策も重要であるとされている。2003年にまとめられた『次世代育成支援に向けた地方公共団体における行動計画のあり方について』では、子ども虐待の「発生予防」「早期発見・早期対応」を目的とした行動計画が期待されているというこ

とも明記されている。

### （3）リプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点の重要性

国による子育て支援は、このように、働く女性の仕事と育児の両立支援から、すべての子育てする家庭を対象とし、人の成長やライフデザインや養育環境などあらゆる場面での支援へ、と展開されてきているといえる。『子どもを育てたい、育てて良かったと思える社会をつくる

いのちを愛おしむ社会へ：少子化社会を考える懇談会中間とりまとめ（以下、少子化社会を考える懇談会中間とりまとめ、と略する）』および『少子化対策プラスワン』では、この支援策を展開する上での3つの留意点を明記している（厚生労働省 2002）。

#### （1）子どもにとっての幸せの視点で

子どもの数だけを問題にするのではなく、子どもが心身ともに健やかに育つための支援という観点で取り組むこと。

#### （2）産む産まないは個人の選択

子どもを産むか産まないかは個人の選択にゆだねるべきことであり、子どもを持つ意志のない人、子どもを産みたくても産めない人を心理的に追いつめることになってはならないこと。

#### （3）多様な家庭の形態や生き方に配慮

共働き家庭や片働き家庭、ひとり親家庭など多様な形態の家庭が存在していることや、結婚するしない、子どもを持つ持たないなどといった多様な生き方があり、これらを尊重すること。

この3つの留意点は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ<sup>3)</sup>を保証した上での少子化対策としての子育て支援を進めるためには、重要なものであるといえる。しかしながら、この留意点はその後明示化されておらず、次世代育成支援

対策推進法にも見ることはできない。

この留意点のないままに不妊治療への保証制度を導入することや、中学生や高校生に子どものいる家庭を持つことの有意性を考えてもらう取組の実施などは、多様な生き方を認めるものではない。むしろ、家庭を持ち子どもを持つことが最も望ましい生き方であり、そうすることを選択するように方向づけているものとなってしまう。リプロダクティブ・ヘルス/ライツとは、まさに上記の留意点の（2）と（3）にあたる部分であり、そうした自己決定が個人の権利として保障されるべきものである。

中学生や高校生が将来結婚をしたいかどうかや子どもを持ちたいと考えるかどうか、子どもを生みたくても生めない人が不妊治療をするかしないかは、確かに個人の選択の自由によってなされることである。しかし、選択の自由・自己決定を権利として保障をするためには「複数の選択肢の中で、いずれの選択をしてもそれを支えるという周囲の関係やシステムが存在していなければならない（柘植 2000:107）」ものであり、決定するための情報が十分に提供されていることが必要となるはずである。だが、この場合のリプロダクティブ・ヘルス/ライツにおける自己決定権への着目は、そうした配慮ではなく、不妊治療をしたい・子どもを生みたいという本人の自己決定を保証しているという部分にしかなく、またその点でのみ強調されていると言えるだろう。こうした強調は、結婚をするということや子どもを生むことを積極的に選択する人を評価し、結婚をしたくない人や子どもを生みたくないという人へのプレッシャーとなる。他者からも強要され、そうでない限り「一人前」として見なされない場合は、その人のアイデンティティのゆらぎへともつながる。複数

の選択肢があり、それを選択することができる状況にあるとはいえない。

また、結婚をすることや子どもを生むことを奨励する方向性を持つこの支援策は、さらに次のような点についても考えなければならない。それは、親となる人は子どもが生まれたら親として子どもへの愛着や責任感が自然に発生するものだと考えられている点である。子どもが生まれてからの子育て支援策は、子どもを育てる主体は母親であり、それをサポートするためのものとして考えられている。こうしたサポートは全員に必要なものとは考えられておらず、養育が困難な場合は多様な要因が含まれており、それらの要因を除去していくことができれば、親は自然と子どもを養育するだろうという視点に立っている。

青少年に対して子どもを持つ意味を教え、子どもとのふれあいを体験させるという取組は、子どもを生んでもらうということが主たる目的であり、子育ての楽しさという側面を強調し、子どもを育てるとは具体的にどういうことかにはふれていない。こうしたことも、親となる人は子どもを生めば親となれるという考え方のもとに提起されているといえるだろう。だが、はたして人は、子どもが生まれれば親になれるのであろうか。

## 2. 親になるプロセスとは ～関係性の変容とその受容

### (1) 関係性の変容する時期として捉える

妊娠・出産体験の聞き取り調査を6000人以上に対して行ってきたR. ルービン(1984 = 1997)は、その調査内容から、親になるということを次のようにまとめている。それは、親と

なる当事者が、生まれてくる子どもを含めたパートナーや援助者等との他者との相互作用に基づく、妊娠・出産時からの、主観的な体験の認識のプロセスの中で確立していくことである。これは、身体的な機能と同レベルで予期されるような、プログラミングされているような本能的な行動ではない。親が子どもとの関係性を築きながら生活をするということは、母と子の関係性、父と子の関係性、母と父となるパートナー間の関係性などが、妊娠・出産・産後を通じて変化をしていく、ということである。このときの変化を肯定的に受容できるかどうか、その後の子どもとの関係性やパートナーとの関係性に影響を与えるといえる<sup>4)</sup>。

子育てを支援するということは、すでに成り立っている親子関係を調節するというのではなく、むしろ、妊娠・出産・産後を通じて、他者との相互作用をもとに、親として変容していく、その相互作用への働きかけになると考えられる。

ルービンによれば、こうした相互作用がなされ早期の母と子の愛着が確立するために必要なことを「母性課題(maternal tasks<sup>5)</sup>)」とし、次の4点を掲げている(Rubin 1984 = 1997: 11)。

- 1) 妊娠・出産を通じて自分自身と赤ん坊の安全な経過を保証すること
- 2) 自分自身と自分の子どもに対する社会的受け入れを確保すること
- 3) 「わたし」と「あなた」のイメージとアイデンティティの構成のために血縁的な結びつきを強めること
- 4) 与えること/受けることとの交流行為の意味を深く追求すること

ルービンは、妊娠・出産を通じた関係性の中で、女性は「女性の自己システムと自己概念の

中に子どもについての考え方と、この子の母親としての自己という考えを取り込み、仕上げる事が起こる」という(Rubin 1984 = 1997:10)。この心理的な取り込みは、胎児と妊娠の生物学的な発達と密接な関わりがあり、同時並行的に行われる。それは、妊娠・出産にともなって、身体的な変化や時間軸・空間軸の捉え方の変化が付随するものだからといえる。

## （2）妊娠・出産という体験がもたらすもの

妊娠を維持し出産をするという体験は、非常にストレスのかかるものであり、精神的・身体的な不安を持って臨む体験でもある。関係性の変容に関わる大きな契機でもあることを考えれば、そのときの体験がその後の関係性に大きく影響を与えるものだともいえるだろう。出産の体験を肯定的に捉えることができるかどうかは、その後の子どものとの関係性に大きく影響を与える。産後のうつと出産体験の関係性などについてもいくつか研究がなされていることから明らかである（James 1998, Madsen 1994）。

ルーピンは母親となる人が自己を確立するにあたり、身体的自己のイメージ化の重要性についても述べている。身体の境界（body boundary）があるからこそ、「自己を定義づけ、周囲のものから離れた存在として自己を囲みはっきり区別する（Rubin 1984 = 1997:20）」ことができる。それゆえ、妊娠・出産に伴う身体的な変化や、疲労や痛みについても着目しているのである。

妊婦の身体的なイメージの変化は、妊娠をすることによって世界は狭められていると感じ、危険でコントロールの出来ない空間であるという認識をもたらす。身体活動が減少し、個人の空間が狭まったことにより、時間も長くなる。

また、胎児が大きくなるにつれ、腹壁が薄くなり、陣痛が強まっていくことは、身体の境界が消失してしまうのではないかと、という認識ももたらす。

痛みは主観的な体験である。妊娠・出産の経過の中で痛みはいつも起こる。痛みについて訴え、それが他者に聞き入れられなかった場合、自分は「見捨てられている」という感じを生じる。「孤立と見捨てられているということは、痛みの存在を『なぜ私に？』といった独特な形にし、喚起システムのすべての構成要素で痛みを強め」、特に病院にいて周りには援助の手があるのに、自分の側にはないという状態の場合は尚更、痛みを強めるという。「産婦は見捨てられたと思い、不当な扱いに対して怒りが生じる。その怒りは、パートナーあるいは赤ん坊に向けられる」ともしている（Rubin 1984 = 1997:100）。

## （3）関係性の再構築と母性

関係性の変容に関わって、妊娠・出産という経過を経るということは、当事者がそれまでに構築してきた関係性を、生まれてくる子どもも含めて、再構築をすることを迫られることでもある。その再構築の際に考えなければならないのが、女性と母性の関連について、である。子どもが産まれることによる関係性の再構築とは、子どもも含めて、他者との関係性をいかに構築していくかということである。しかし、母親の場合、母親としての役割が期待され、ひとりの女性としてではなく生まれてきた子どもの母親として関係性を持つことであるとみなされてしまう。

「母性神話」「三歳児神話」ということばがあらわすように、母親となる女性には、母性もともと備わっているということや、子どもが

誕生してから3歳になるまでは母親の存在が重要であると考えられている。女性には、母親として期待される役割、母親として必要とされる行為、母親として示さなければならない愛情がある。子どもは守らなければならない弱い存在として位置づけられ、子どもの成長には母子の愛着が必要であるという言説や研究により、理想的な母子関係や母性というものが、社会的に構築されていく<sup>6)</sup>。

子どもの成長には母親の愛が必要だとするその背景には、子どもが無力で無垢な存在であるという前提があるといえる（田間2000）。必然的に守らねばならない存在であるからこそ、それを放置したり成長の発達を阻害するようなことは認められないし、そうした行為が発見されれば、母親として咎められる（Turney 2000）。子どもを保護し成長を助けるということが、母親の愛情の何よりの表現であるとされているからだ。母親がこうした子どもの養育が可能であると想定されるのはなぜだろうか。

それは、子どもを生むことができる身体を持つから、である。実際に生んだかどうかということが問題ではなく、生むことができる身体（女の身体）を持っているということが、ここでは重要になる。女の身体という、生物学的に決定づけられたものを持っているからこそ、女性は子どもを持つことにより母親となり母性を持つことができる。母性は本能という用語と近いものとして考えられているのは、そうした前提があるからだといえる。

ルービンの調査からもわかるように、母性は本能的なものではなく、他者との相互作用の結果、身につけていく養育スタイルであるということがわかる。また、妊娠・出産という身体的な変化をもたらすものは、他者の存在を確認し

承認するということであり、母親としての愛情が発生するためのものでもない。

しかしながら、女性と母性の関連は根深い。母性は、母親として当然持つべきものであり、子どもの誕生とともに発生をすると考えられている。子どもの養育が思い通りにいかず、想定していたことと異なる反応を子どもが返してることがある。母親となる人が自然発生的な母性というものを信じていれば、自分の養育方法に不安を覚え、自分が母親として失格なのではないかと責めらるだろう。本能的な母性があるからこそ、母親はひとりでも子どもを育てられるはずだと周囲も考える。そうしたことが、母親となる人にプレッシャーを与える。

子どもの誕生とともに発生する関係性の再構築は、母性の構築ということではない。生まれてきた子どもとの一対一の関係性で捉えるのではなく、多様な他者との関係性のつながりとして捉えなければならない。夫婦間や親子間だけの密接な関係だけでなく、自分と子どもが社会的に受容されていることや、それをサポートする人々との関係性や社会とのつながりということが重要であると考えられる。

それは、家族という親密圏以外のつながりを断ち切るのではなく、社会とのつながりを持ちつつ関係性を再構築していくことである。そのためには、当事者の社会的な受容を確認し確保できるような環境を整備する必要があるだろう。

### 3. 子育て支援の場としての出産する場所

#### (1) 管理されるお産から「いいお産」へ

妊娠・出産という時期は、親となる人にとっての関係性を再構築しそれを受容していくため

の重要な時期である。その時期は同時に、身体的なイメージの確立や、痛みやストレスを伴う妊娠・出産という体験をする時期でもある。前述したように、このときの体験のありようが、関係性の構築に影響をされると考えられる。子どもとの早期の愛着<sup>7)</sup>を形成するには、身体的なイメージの確立や、痛みやストレスを伴う妊娠・出産という体験を肯定的に捉えられるかどうか、ということが関わってくるといえる<sup>8)</sup>。否定的な感情による痛みや産後の疲労の否認などは、当事者を抑鬱的にさせるか、パートナーや子どもへの怒りへと変化するという危険性もはらむ。

『少子化社会を考える懇談会中間とりまとめ』では「お産に妊産婦が主体的に関わるができるようになることで、主体的な子育ての準備になることが期待される」として、「第1子の出産でつらい思いをし、『もう子どもは産みたくない』という気持ちになることのないよう、安全で快適な『いいお産』ができるようなケアが求められている」と述べている（厚生労働省2002）。「安全で快適ないいお産」についての言及はこのとりまとめ及び『少子化対策プラスワン』にも見られるが、その具体的な内容については、サポートやケアの必要性以外に述べられていない。しかし、この視点は重要であると考ええる。

こんにちの日本における出産件数の99%が、病院での出産である（厚生省1997:45）。日本での出産の医療化（施設での医療専門家の介助による出産）がすすめられるようになったのは、戦後のGHQによる施策化の下でのことである。それまでは、産婆の介助による産婦の自宅での出産というものだった。高度成長期を経て、その後出産の医療化は一気にすすむ。それは、

設備の整った医療機関での出産体験をすることが、欧米的な文化を受け入れたものであり、安心と安全の確保されたものであるという、出産に対する社会的な認識の変化によるところも大きい（藤田1979、吉村1999）。

出産の医療化は、フェミニストたちにも喜ばれるものであった。女性は「産む性」を持つが故に、男性との差別がなされると考えるフェミニストたちにとって、妊娠・出産という体験は忌むべきものであった。自らコントロールしきれない苦痛を伴う妊娠をハンディキャップとして考え、それを科学技術によってコントロールすることができれば、そのとき女性は産む性としての女性から解放されると考えてきた（荻野2002）。生殖のコントロールや妊娠に伴う苦痛からの解放は、医療技術の進化により発展していったといえる。

医療技術の進化が、そうした女性たちの希望にそって展開しているとは、必ずしもいいがたい。妊娠・出産は、医療専門家が介助をはじめた頃には、そのメカニズムに不明な部分があり、妊婦が出産をする自然な流れに任せなければならないものであった。しかし、分娩監視装置、麻酔分娩、陣痛促進剤などの導入は、妊婦が出産を主体的に計画し実行するためのものではなく、むしろ産科医が出産をコントロールすることを可能にするためであった。それにより産科学の進歩は確たるものとなる。こうした医療技術の進歩と導入は、女性にとって安全なお産・簡単なお産を提供するものであるとし、あたかも妊婦のニーズに応えるかのようである。しかし、その実は、医療専門家が出産を管理しスムーズな作業を進めるためのものであった（松岡1999）。

このような医療機関における管理されたお産



が進められるなか、陣痛や分娩の誘発・促進の被害が語られることにより（吉村 1999, 松岡 1999）、女性たちの医療への不信感もあらわれてくるようになった。そうした女性たちは、自然分娩やラマーズ法などの出産スタイルを求め、管理されない自然な出産を求めていくようになる。このような流れをふまえて「いいお産」とは何かが模索されていく。

## （２）妊娠・出産時の援助者のケアの持つ重要性

医療による管理されたお産への批判はある。しかし現状を見てみれば、出産をする場所のほとんどが医療機関である<sup>9)</sup>。自然な出産を求める人の中には、助産院での自然分娩を試みる人たちもいる。いいお産とは、医療的な介入を批判し、医療による管理をされない出産のことをさすのだろうか。確かに医療による管理的なお産が日本に導入されてから50年ほどのものである。しかしだからといって、それを否定することが自然なお産やいいお産へとつながるものではないだろう。重要なことは、出産をする当事者とその家族が、医療を受けつつも主体的に行動できるか、ということではないだろうか。

出産の文化的変遷を研究している吉村は、いいお産観というのは、地域や時代と直結し、文化によって方向づけられていることを指摘しながらも、妊婦に主体性を持った出産を経験づけられることが望ましいとしている（吉村 1999）。

妊婦が出産という経験に主体性を持つためには、その人が持つ人とのつながりが重要である。また、自己決定とは他者との関係性の中で考えるべきものでもあることを考えると、妊娠・出産を通しての相互作用のプロセスは、女性と子ども・女性と男性、だけではなく、援助者との相互作用も重要となるといえるだろう。

それは、当事者が妊娠・出産・産後に援助者から受けるケアの質に関わることである。具体的には次のようなことである。妊娠・出産・産後に関わって、必要な情報は得られているか。妊娠・出産・産後の際の安全がいかに保障されているか。出産に対する不安が軽減されているか。医師・看護師・助産師による声かけや態度は適切かどうか。妊娠後に安全な経過をたどることは重要であり、女性だけでなく男性もともに危機感を感じてしまうと、出産に対する恐れや不安が増大することになる<sup>10)</sup>。

当事者の関係性の再構築のための働きかけを、より効果あるものにするために必要なことは、援助者による当事者のケアニーズの充足ということでもある<sup>11)</sup>。当事者の安心感や安全感が確保されるには、援助者の専門性と気配りが重要であり、恐れや不安を解消するものである必要がある。ケアとは医療や看護などの専門的な処置だけではなく、その際のちょっとした言葉かけや動作なども含まれる。当事者のニーズが満たされたかどうかは、医療的な処置が適切であるだけではなく、そうした気配りとしてのケアが感じられたかどうか、に拠るところが大きい。処置についての説明があったか、自分の話を聞いてくれたか、命令的な口調ではなかったか、などである。

ケアをするという行為は、他者に対してなされるものであるが、その特徴として他者指向性をもつ（内藤 2000, 松島 2002）。ケアは他者のニーズに即してなされる行為であるため、そのニーズが満たされたかどうかという評価は、ケアをする側ではなくケアをされる側がどれだけ満足したかということに拠る。だからこそ当事者は、それが良い場合と悪い場合とに、非常に鮮明に記憶をしているものだともいえる。そし

てそれが、関係性の構築に影響を与える。

また、援助者の行為が、それが当事者にとっては好ましくないケアのあり方であっても、その評価基準はケアをされる当事者の主観にあるため、援助者の行為が当事者のケアニーズを満たしているかどうかを、援助者自身が判断することは容易ではない。しかしながら、この当事者のケアニーズを満たすということが、安心して安全な出産体験へとつながり、それが関係性の再構築に影響を与えることを考慮すれば、援助者の役割は非常に大きなものとなるといえるだろう（藤本 2000）。

また、これまで見てきたように、出産体験を肯定的に捉えるためには、援助者の関わり方が重要となってくる一方、出産をめぐるには、医療的な介入の是非が常に問われることとなる。医療による管理的なお産、人工的なお産という医学モデルへの対抗言説として、助産院（助産婦）モデルに注目が集まっている。しかし、「出産を肯定的に捉えること＝女性の生む力（女性の身体的力）の取り戻し」とし、それをサポートするのが助産婦である（三砂 2003）とする場合、親となる主体は女性のみとなってしまう。生む当事者の妊娠・出産を通じての関係性の変容にどうサポートするか、父親となる男性はどう関わるのか、ということまでも含めて考えていかなければならないだろう。

また、医学モデルと助産婦モデルとの二項対立図式は、身体をどう捉えるかということについても問題を提起するものとなる。出産への医療的な介入を批判する助産婦モデルも、身体のイメージについては、医学モデルによる科学的な健康体をベースとしている。助産婦の使用する「自然」「ふつう」は医学的な介入を意味しないが、女性の身体の「不自然」については気

を遣い、そこには医学的に正常な身体というモデルが存在している（Kent 2000）。女性の主体性（subjectivity）を語る際に、身体という問題は切り離せない。特に妊娠・出産は身体的な変化を伴うからこそ、より重要となるだろう。しかし、それは女性だけの個別の問題ではなく、そこに関係する人たちもいてこそその問題として捉えなければならない。

医療による管理ではなく、産婦の主体性を引き出すような妊娠・出産を促していくためには、だからこそ、そこに関わるケアのあり方や援助者が当事者と築く関係性を問うことが必要になってくる。

### （3）地域医療と子育て支援の連携の可能性

妊娠・出産という経験を肯定的に捉えるためには、その時に受けたケアの質が重要であるということを述べたが、その時期に出産後の情報を、親となる人が得るということも重要な点である。イギリスの自助グループでは、出産を経験した女性たちによって、親となる人たちへ、ワークショップを通じて情報を伝達している。そこでは、子どもが生まれてくるということによる関係性の変化や、時間のつかい方の変化、自分が子育てをするときに必要な資源はどういうものがあるか、などを、グループで話し合いながら理解をしてもらう（Fine and Lee 2001）。日本でも、病院や自治体が、妊娠中の当事者を対象に母親学級や両親学級というかたちで、情報を伝達する場を設けている。しかしその内容は、出産するにあたっての身体の健康管理について、子どもが生まれてからの沐浴の方法や乳房のマッサージなど、であり、女性の身体的管理と子どもを育てるためのスキルの伝達が主なものである。

T助産院では、妊娠し出産をするということは、子どもの誕生とともに家族が誕生することでもあるといい、女性だけではなく、父親となる男性や、すでに子どもがいればその子どもたちも含めて、妊娠・出産という経過を経て、関係性の変化と受容を促しているという（国際助産婦学会でのT助産院院長による講演内容から）。子どもが生まれるということに関係性の変化の契機として捉えられるような、情報を伝達することができる場を提供することが必要だといえる。

また、妊娠・出産期に取り残される男性に対するサポートも重要である。出産をする主体は女性であるが、親となるのは女性だけではない。しかし男性は、女性と違い出産を経験することはなく、どちらかという傍観者として扱われてくるが多かった。母親の子育て不安に対する夫の理解や援助が有効だという指摘はよくあるが、具体的に男性が父親になるためにどう援助していけば良いかということについては、まだ十分な検討がなされていない。社会的に構築されてきた母性というものの存在の結果、必然的に女性が子育てをすることが女性の役割としてみなされてきた。それゆえに、男性が育児をするということが特異なこととされてきたともいえる。

男性も親として主体的に育児をしていくには、妊娠・出産が正常に経過するという、女性の身体的な健康を重視するだけではなく、妊娠・出産という現象によって変化していく夫婦・家族関係や夫婦間コミュニケーション再構築などに対するトータルな援助が必要だといえる。妊娠・出産については、男性自身もわからないことが多く、そのことで、女性との意識のずれが生じることがある。しかし、夫婦だけで

その変容過程をたどり、その際の困難を克服しようと思っても、感情のぶつけ合いになってしまうこともある<sup>12)</sup>。

生むことの安心・安全性を、妊娠や出産という行為を医療的に処置するという視点だけで捉えることには限界があるだろう。しかし、そこに援助者のケアが入ることにより、夫婦がそれぞれの関係について考えていくことや親族ネットワークなどの調整をしながら、当事者が、妊娠・出産という体験を自己の変容として肯定する事ができれば、その後の親子関係や夫婦関係のあり方に影響を与えているということからも、妊娠・出産に関わる医療援助者の果たす役割は非常に大きいといえる。

また、地域医療としての産科を考えれば、医療施設は単に生むための場所ではなく、そこからネットワークを形成するということも可能になるともいえる。子育て支援としてのネットワークづくりが推し進められるいま、妊娠・出産時からの子育て支援を展開することの有効性が、ここにも見いだすことができるのではないだろうか。

## おわりに

本論文では、子育て支援をする場合に、なぜ妊娠・出産時からの支援が必要であるかという事を、子どもを生み育てる当事者が親となるプロセスは、妊娠・出産・産後を通じての他者との相互作用による変容の過程である、という視点から述べてきた。そうした経験を肯定的に捉えられるかどうか、その後の親子関係や夫婦関係に影響を及ぼすということや、だからこそ妊娠・出産に関わる医療援助者のケアのあり方が重視されるということについて言及してきた。

多くの人が生むための場として使用している産科がこのような役割を果たすためには具体的にどのような機能が必要となるか、ということについては今後の検討課題となる。例えば、妊娠・出産・産後という経過をトータルに見ることができる環境づくりをすすめることにより、産科を当事者と援助者とのつながりの場とすることができるのではないだろうか。保健所や小児科と連携することにより、退院後も、子どもの成長につれて発生する問題（例えば、当事者の健康、子どもの健康、親子の関係、夫婦間の関係など）についての相談がしやすくなる。また、再構築された関係性は、親子だけ、夫婦だけという閉じたものとはなりにくくなる<sup>13)</sup>。

産科の利用は妊娠・出産・産後までの限られた期間だけであり、その期間がすぎれば当事者は退院をし、地域へと戻っていく。しかし、産科を選ぶ基準が実家の近所であるということなどを考慮すれば、必ずしも自分が出産をした産科のある地域に当事者が戻るとは限らない。だが、産科を退院するまでに当事者が、他者との相互作用による変容の過程を経て、それを受容することができれば、当事者がこれからさらに関係性を築いていくときの力となるだろう。妊娠・出産時における社会的な受容は、当事者が、自らの居住する地区での社会的なつながりをつくるための基礎となる。

産科を基盤としての子育て支援を視野に入れた具体的な取組や、援助者のケアのあり方などについては、今後の検討課題としたい。具体的には、産科や助産院等の実践事例の検討や、妊娠・出産を体験した当事者への聞き取り調査などすすめていきたいと考えている。

## 注

- 1) この場合の他者とは、親となる当事者が親となる過程で関わる人のことをさす。具体的には家族、親戚、友人、妊娠・出産時にケアを受ける医療従事者などである。生まれてきた子どもも親となる人にとっては他者である。こうした様々な他者との相互作用の結果として、親となると考えられる。
- 2) 厚生労働省によれば、児童相談所への2002年度の児童虐待に関する相談件数は2万4195件であり、前年度より3.9%増加している。これは、過去最多の件数となっている。
- 3) 通常は「性と生殖に関する健康」「性と生殖に関する権利」と訳される。芦野は、この内容を3つのポイントとして押さえ、「性や妊娠・出産に関する事柄を、人口政策や宗教、慣習的道德などの枠の中で考えるのではなく、健康という視点からとらえ直し、それを個人、特に女性の基本的人権として保障すること」「からだの自主権を持つこと」「『権利としての健康』が生涯を通して保証されること」をその主たる内容としてあげている（芦野 2002）。
- 4) 親となるプロセスを発達課題としてとりあげる場合もある。発達課題とすることの問題点は、妊娠・出産・産後というそれぞれの時期に課題を設定することにより、それが達成されなければならないということにある。後述するが、出産体験を肯定的に捉えられるかどうかは援助者のケアのあり方も重要となる。発達課題を設定してしまうことは、当事者がそれにそぐわない状態である場合、援助者が当事者を「問題のある親」としてみなしてしまうことにもなる。一定の評価基準を設定する事の危険性について考慮しなければならない。
- 5) ルービンが提示する「母性課題」とは、女性が本質的に持つとされる「母性（motherhood）」とは異なるものである。ルービンは女性が母親としてのアイデンティティ（maternal identity）が、他者との相互作用の中で確立されていくということを主張していることに留意する必要がある。
- 6) ボウルビィ（Bowlby 1951）の愛着理論

- (Attachment Model) はその典型である。『スポック博士の育児書』(Spock 1966) なども、欧米のみならず日本でも有益な育児書として紹介された。
- 7) ここでいう「愛着」とは、母子相互作用としての愛着ということではなく、親としての養育スタイルを確立するための他者と肯定的な関係を持つこと、である。
- 8) 出産を肯定的に捉えられるかどうかについては、正常分娩だけに限らず、異常分娩についてはより注意を払う必要がある。妊娠・出産時に母胎にも胎児にも危険がともなうような場合、子どもが死亡してしまった場合、子どもが障害を持って産まれた場合、など、種々に考えられる。その状況を肯定的に捉えられるかどうかについては、本文で後述するが、医療従事者によるケアが、より必要となると考えられる。本稿では、これらのケースを特殊なものとして捉えるのではなく、このような状況への対応も含めて、肯定的に捉えることの重要性を述べたいと考えている。しかし、これらのケースに必要なケアのあり方については、それぞれ丁寧に議論をしなければならぬと考えているため、検討は別稿にゆずりたい。
- 9) 妊娠をした当事者が出産をするために選択する場としては、病院がほとんどである。当事者は妊娠・出産に対する安心や安全を確保できる場所を求めている。当事者の話によると、自分の家や実家の家から近い病院を選んでいる。歩いていける距離であることや、援助をしてくれる家族がそばにいることを重視している。
- 10) 妊娠・出産という身体的な変化に伴う痛みや機能上の変化について、それが正常な状態なのかそうでないのかという不安を、妊娠・出産時の女性は持つ。この不安は女性だけではなく、それを体験する事ができない男性自身にとっても同様である。ゆえに、専門的な知識や診断により正常であることを明示してもらうことは、安心を確保するために必要なこととなる。これは母体が健康ではない状態で子を産むという状況にある当事者にとっては、いっそう重要なことであると考えられる。

- 11) ルービンは病院を「陣痛や分娩のストレスと危険に当たったの安息所であり、分娩の後は、新生児の世話の安息所である」とし、そこに当事者の状況や状態やケアニーズを把握した専門職が集中していることにより、当事者の持つ秩序が保たれると述べている (Rubin 1984 = 1997)。
- 12) 女性の身体的な変化や、産後のストレスや疲労についての理解がされにくいために、男性からの何気ない一言でも、女性にとっては困難な要求をされているようにしか受け止められない、というような状況が発生する場合もある。
- 13) 関係性が密接になり外部とのつながりがとりにくくなる状態は、家族をより非対称な関係性にしてしまう。これは暴力や虐待へとつながる危険性をはらむ状態でもある (松島 2002)。

#### 引用参考文献

- 芦野由利子, 2000, 「日本におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ政策」原ひろこ・根村直美編『健康とジェンダー』明石書店, 111-131。
- 上野加代子, 1996, 『児童虐待の社会学』世界思想社。
- 上野加代子他編著, 2002, 『児童虐待時代の福祉臨床学』明石書店。
- 荻野美穂, 2002, 『ジェンダー化される身体』勁草書房。
- 垣内国光, 櫻谷真理子編著, 2002, 『子育て支援の現在 豊かな子育てコミュニティの形成をめざして』ミネルヴァ書房。
- 厚生省, 1997, 『母子保健の主なる統計』  
 , 1999a, 『少子化対策推進基本方針』  
 , 1999b, 『新エンゼルプラン』
- 厚生労働省, 2001, 『仕事と子育ての両立支援策の方針について』  
 , 2002a, 『少子化対策プラスワン 少子化対策の一層の充実に関する提案』  
 , 2002b, 『子どもを育てたい, 育てて良かったと思える社会をつくる いのちを愛おしむ社会へ: 少子化社会を考える懇談会中間とりまとめ』
- 小嶋理恵子・斎藤真緒, 2003, 「ワークショップ『ペアレントエデュケーションの理論と実際』 日本における Parenting Education の可能性」

- 『立命館人間科学研究』5: 237-246。
- 田間泰子, 2001, 『母性愛という制度 子殺しと中絶のポリティクス』勁草書房。
- 栢植あづみ, 1999, 「医師の論理と患者の論理 生殖医療から考える『医療環境』と『文化・社会的環境』」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境 からだ・文化・近代医療』昭和堂, 173-195。
- 栢植あづみ, 2000, 「生殖における女性の自己決定権試論」原ひろこ・根村直美編『健康とジェンダー』明石書店, 89-109。
- 内藤和美, 2000, 「ケアと暴力 家族におけるそれを中心に」『群馬パース看護短期大学紀要』, 2(2): 17-20。
- 根村直美編著, 2003, 『ジェンダーで読む健康/セクシュアリティ 健康とジェンダー』明石書店。
- 広井良典, 2000, 『ケア学 越境するケアへ』医学書院。
- 藤田真一, 1979, 『お産革命』朝日新聞社。
- 藤本栄子, 2000, 『出産に関わるケアシステムの検討に関する研究 ケアの質の保証モデルに基づくケアの実態調査分析を通して』平成9~11年度科学研究費補助金基盤研究(CⅡ)研究成果報告書。
- 船橋恵子, 1994, 『赤ちゃんを産むということ 社会学からのこころみ』日本放送出版協会。
- 松岡悦子, 1999, 「産科環境の変遷 テクノロジーとその有効性」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境 からだ・文化・近代医療』昭和堂, 142-171。
- 松島 京, 2002, 「家族におけるケアと暴力」『立命館大学産業社会論集』, 37(4): 123-144。
- 三砂ちづる, 2003, 『「産む」という経験』京都府助産師会研究会レジュメ。
- 吉村典子, 1999a, 「出産前後の環境」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境 からだ・文化・近代医療』昭和堂, 4-19。
- 吉村典子, 1999b, 「出産習俗に見る『産む人中心』から『助産者中心』へ」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境 からだ・文化・近代医療』昭和堂, 80-113。
- Fine, M. J., and S. W. Lee( eds. ), 2001, *Handbook of Diversity in Parent Education: The Changing Faces of Parenting and Parent Education*, San Diego: Academic Press.
- Howell-White, S., 1999, *Birth Alternatives: How Women Select Childbirth Care*, London: Greenwood Press.
- James, K., 1998, *The Depressed Mother: A Practical Guide to Treatment and Support*, London: Cassell.
- Kent, J., 2000, *Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and The Caring Professions*, Buckingham: Open University Press.
- Madsen, L., 1994, *Rebounding From Childbirth: Toward Emotional Recovery*, London: Bergin & Garvey.
- Rubin, R., 1984, *Maternal Identity and Maternal Experience*, New York: Springer. (= 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)
- Turney, D., 2000, "The Feminizing of Neglect," *Child & Family Social Work*, 5[1]: 47-56
- Wagner, M., 1994, *Pursuing the Birth Machine: The Search for appropriate birth technology*, ACE Graphics. (= 2002, 井上裕美・河合蘭監訳『WHO勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠』メディカ出版)
- WHO, 1996, *Care in Normal Birth: a Practical Guide*. (= 1997, 戸田律子訳『WHOの59カ条お産のケア実践ガイド』農村漁村文化協会)

## Parenting and Health Care for Pregnancy and Childbirth: Cooperation between Health Care and Childbirth Support Systems

MATSUSHIMA Kyo \*

**Abstract:** A childbirth support system is implemented in Japan. This system is designed to restrain the falling birthrate and prevent child abuse. Thus, this system supports combined parenting and working for all parenting families. But, can everyone become a parent immediately after childbirth? I consider that becoming a parent is a transformative relationship following childbirth, and involving a process of acceptance. This transformation is configured by interaction with others and seeing childbirth as a positive experience. I suggest that we need support for parents in during pregnancy and childbirth and adequate health care throughout this period.

**Keywords:** Pregnancy, Childbirth, Care, Supporting System for Childbirth, Transformative Relationships, Motherhood, Reproductive Health/Rights

---

\* Post-Doctoral Fellow, the Kinugasa Research Organization, Ritsumeikan University